Bibliothèque numérique
medic@

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

1888, Troisième série, n° 45. - Paris : aux Bureaux du journal, 1888.
Cote : 90068

PARIS biu Santé

(c) Bibliothèque interuniversitaire de santé (Paris)
Adresse permanente : http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/cote?90068x1888x45

©BIU Santé

90068



L'UNION MÉDICALE

©BIU Santé



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

©BIU Santé

90068

L'UNION MÉDICALE

JOURNAL

DES INTÉRÊTS SCIENTIFIQUES ET PRATIQUES

MORAUX ET PROFESSIONNELS

DU CORPS MÉDICAL



GÉRANT : le docteur G. RICHELOT.

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

TROISIÈME SÉRIE

TOME QUARANTE-CINQUIÈME

90068

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

RUE DE LA GRANGE-BATELIÈRE, 11

—

ANNÉE 1888

©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-CINQUIÈME

PARIS,

AUX BUREAUX DU JOURNAL

rue de la Chaise-Blanche, 11

ANNÉE 1899

©BIU Santé

Sommaire

I. P. Decaye : L'action des médicaments à distance. — II. Bibliothèque : La théorie du mycrozima et le système microbien. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Harvey et la circulation du sang.

L'action des médicaments à distance.

Au Congrès tenu à Grenoble, en 1885, par l'Association française pour l'avancement des sciences, M. Bourru et P. Burot (de Rochefort) parlèrent pour la première fois de l'action des médicaments à distance, dont le hasard leur avait suggéré l'idée. En essayant l'effet de la métallothérapie sur deux hystéro-épileptiques, ils constatèrent que l'or produisait une sensation de brûlure non seulement quand il était au contact de la peau, mais encore quand il en était simplement approché à une distance de 10 centimètres. Cherchant alors si d'autres corps, simples ou composés, minéraux ou organiques, agissaient de la même façon, ils crurent pouvoir annoncer que certains sujets hystériques, mis en état de grand hypnotisme, manifestaient de l'excitation génésique quand on plaçait dans leur voisinage une éprouvette contenant de l'hydrogène ou un tube renfermant de la cantharide; un sommeil lourd, suivi de réveil pénible, avec l'opium; un sommeil léger, suivi de réveil agréable, avec le chloral; tous les signes de l'ivresse, avec l'alcool; des vomissements, avec l'apomorphine, l'émétique ou l'ipéca; de violentes contractures des muscles respiratoires, avec l'eau de laurier-cerise; des sueurs et de la salivation, avec la pilocarpine et le jaborandi, etc. Bref il suffirait d'approcher de la peau de ces sujets un tube bouché, contenant un agent toxique ou médicamenteux, pour voir celui-ci produire, au bout d'un temps variable, son action spécifique.

Tout récemment, M. Luys s'est déclaré l'apôtre convaincu de l'action des médicaments à distance, et lui a prêté l'appui de son incontestable auto-

FEUILLETON

HARVEY ET LA CIRCULATION DU SANG (1).

III

La doctrine de Galien, sur la fonction du cœur et des vaisseaux, a été acceptée aveuglément par le Moyen Age. Il a fallu arriver à Vésale pour voir disparaître les fossettes trouées, les pertuis, les porosités de la cloison interventriculaire, et vous savez que Vésale les admettait encore dans la première édition de sa *Grande Anatomie*, tandis qu'il les nie dans la seconde. Puis, à la suite d'observations pratiquées sur les animaux vivants, le fait du passage du sang à travers les poumons et le rôle réciproque des cavités droites et gauches du cœur parviennent à être établis.

Le premier texte imprimé où il soit question de la circulation pulmonaire date de 1553. Michel Servet l'indique dans un livre de controverse théologique : *Christianismi restitutio*. Servet a été très diversement apprécié ; Schelhorn a été jusqu'à le considérer comme aliéné. Mais la mémoire de ce martyr sera toujours respectée, son nom ne doit être prononcé qu'avec déférence...

(1) Suite. — Voir le numéro du 17 décembre 1887.

©BIU Santé

rité. Il a même cherché, un peu prématurément peut-être, à se rendre compte théoriquement de cette action, en prenant pour base de son explication les effets de contracture qu'il aurait observés sur les muscles de la face, des membres, de l'abdomen, sous l'influence d'un métal donné, d'une pièce d'or, par exemple : un aimant enfermé dans un tube de verre qu'on approche du visage en ferait également contracturer les muscles, et seulement du côté influencé. Si l'on regarde ces effets comme produits par une sorte de radiation de l'action spéciale inhérente aux métaux (à l'or surtout) et à l'aimant, on peut admettre avec M. Luys que les vomissements, l'ivresse, etc., résultent aussi d'une radiation, fort obscure à la vérité, de l'ipéca, de l'alcool, enfermés dans des tubes. Selon lui, les sujets arrivés à la période de somnambulisme lucide se trouvent dans un tel état d'exaltation, de surexcitation du système nerveux, qu'ils sont ultra-sensibles à des influences qui, normalement, ne se feraient pas sentir sur eux et dont l'homme sain n'a aucune idée; c'est ainsi qu'ils deviennent des réactifs d'une extrême puissance, qu'ils réagissent en face de substances incluses dans des récipients clos comme si elles étaient à nu, en contact immédiat avec les molécules organiques qu'elles doivent influencer.

Qu'est-ce que cette radiation de corps solides ou liquides à travers des parois de verre, radiation dont évidemment on ne démontrera jamais la nature, dont il est aussi commode de nier que d'affirmer l'existence? Une hypothèse, et rien de plus. Pourtant on pourrait s'en contenter, au moins comme pierre d'attente, si les faits qu'elle prétend expliquer étaient rigoureusement, scientifiquement démontrés. Nous avons bien vu, dans l'amphithéâtre de la Charité, la jeune femme qui sert à M. Luys de terrain d'expérience accuser un violent mal de cœur et des nausées, quelques minutes après qu'un tube de verre contenant de l'ipéca était placé au contact de son cou; gratter le sol avec ses doigts et jouer une petite scène mélodramatique, sous l'influence de la valériane; chanter et être d'une gaieté folle, avec le hachisch; prendre une expression de fureur, avec l'essence de thym, etc. Mais, quoi! c'est d'une hystérique qu'il s'agit, c'est-à-dire

---

C'est à Vienne que Servet, toujours agressif et passionné, a fait imprimer clandestinement son livre sur la *Restauration du christianisme*, qui lui a valu le bûcher. Condamné d'abord, à Vienne, à l'amende et au feu, il parvint à se sauver ; mais, voulant se réfugier en Italie, il eut l'imprudence de passer par Genève. Caché dans une auberge de la ville, il débattait avec des bateliers les conditions de son transport à travers le lac lorsque Calvin le fit prendre. Finalement, condamné de nouveau à être attaché à un pilori et brûlé vivant avec son livre tant écrit de sa main qu'imprimé, Servet subit, le 27 octobre 1553, l'épouvantable supplice au lieu dit de Champel ou Champ-du-Bourreau, et le bûcher chargé de bois vert ne se consuma que lentement. Chereau, dans son *Histoire d'un livre*, a raconté les détails de ce martyre (*Bulletin de l'Académie de médecine*, 15 juillet 1879, p. 758 et suiv.)

Le livre de la *Restitution du christianisme*, œuvre de polémique, amas confus et extraordinaire d'élucubrations théologiques et scolastiques, avait dès son apparition été poursuivi pour être détruit. Le 17 juin 1553, à Vienne, le bourreau delphinal mit le feu à un mannequin, effigie de Servet, et à cinq balles de feuilles imprimées, envoyées à Lyon et saisies chez Pierre Merrin, fondeur de caractères. Tout fut consumé, dit le procès-verbal de l'exécution. Cependant, deux à trois exemplaires, et un plus grand nombre, suivant M. H. Tollin, qui prétend en avoir compté trente et un, ont échappé aux recherches des juges et aux bûchers de Vienne et de Genève. Un des exemplaires ayant passé par les mains de Colladon, l'accusateur de Servet, était, à la fin du XVIIe siècle, l'une des raretés de la Bibliothèque de Hesse-Cassel. Après être arrivé dans la

©BIU Santé

d'une femme à laquelle la simulation est familière, et pour ainsi dire nécessaire : le besoin de tromper fait partie de son état maladif. De plus, voilà plusieurs mois qu'elle est en scène; qu'elle est entraînée au rôle qu'elle joue, assez habilement du reste, mais non sans laisser quelque prise à l'incrédulité. Comment se fait-il, par exemple, qu'étant dans la période de somnambulisme, elle parle avec tant d'assurance des conférences précédentes, et du récit fait par certains journaux des expériences dont elle a déjà été le sujet, comme si elle se préparait d'avance à mimer les scènes qu'elle a déjà jouées? Enfin, n'oublions pas que M. Luys n'a montré jusqu'ici ses expériences que sur une personne, une seule, et que d'autres observateurs ont été moins heureux que lui dans leurs recherches sur l'action des médicaments à distance; pour n'en citer qu'un exemple, rappelons que, le mois dernier, M. Bourru lui-même, dans le service de M. Constantin Paul, à Lariboisière, a vainement essayé sur une femme hystérique l'action de l'alcool, de l'eau de laurier-cerise, de l'iodure de potassium; quoiqu'on eût débouché les flacons contenant ces substances, ce qui facilitait singulièrement l'effet de la fameuse radiation, aucun phénomène caractéristique ne s'est produit.

Est-ce à dire que cette question doive, sans plus d'examen, être enterré purement et simplement? Ce serait aller trop loin dans la voie du scepticisme. Il est évident que, si elle était résolue par l'affirmative, elle bouleverserait nos connaissances sur la façon dont les éléments organiques sont influencés par les médicaments. Raison de plus pour l'étudier de nouveau, pour l'envisager sous toutes ses faces, ce qui ne peut se faire qu'en multipliant et contrôlant avec soin les expériences, en variant les sujets sur lesquels elles sont faites, en se gardant de tout parti-pris, et, comme le disait M. Bucquoy à la Société de thérapeutique, en se défiant de l'entraînement auquel les observateurs eux-mêmes sont naturellement enclins. Il est bien entendu qu'en tout cela la bonne foi de M. Luys n'est suspectée par personne, pas plus que celle des expérimentateurs de Rochefort :

---

collection de Richard Mead, le savant médecin anglais, il fut, après diverses pérégrinations, adjugé au duc de la Vallière pour 3,800 livres, et à la mort de ce duc, le baron de Breteuil, ministre, l'a fait acheter pour la bibliothèque du roi au prix de 4,121 livres. Actuellement ce livre, rare et précieux entre tous, se trouve à la Bibliothèque nationale de la rue Richelieu, dans la première pièce de la Galerie Mazarine, 4e vitrine, n° 369...

En ouvrant ce livre à la page 370, on lit ces lignes remarquables : « ..... Cette communication (du ventricule droit avec le ventricule gauche) n'a pas lieu, comme on le croit communément, par la cloison mitoyenne du cœur; mais par un grand artifice, le sang subtil est poussé, par un long conduit du ventricule droit, dans les poumons; par les poumons il est préparé, il devient jaune, et de la veine artérieuse (artère pulmonaire) il est transfusé dans l'artère veineuse (veine pulmonaire). »

Le trajet du sang à travers les poumons est nettement indiqué; Servet connaissait la circulation pulmonaire et le disait en 1553; il est même possible que le manuscrit de la *Christianismi restitutio* ait été envoyé, dès 1546, à Calvin et à Mélanchthon. Je dois noter cependant qu'en lisant les pages précédant et suivant le passage que j'ai traduit, on trouve l'auteur imbu de galénisme, admettant que la cloison interventriculaire peut laisser transsuder quelque chose : *Licet aliquid resudare possit.* Villanovanus savait que le sang conduit par le ventricule droit dans les poumons, où il était préparé et devenait jaune ou rouge clair ou vermeil, ainsi que traduit M. Dastre, passe de l'artère pulmonaire dans les veines pulmonaires au moyen de la communication des anastomoses finales de ces vaisseaux (déjà admise, au moins en partie, par Galien), mais il croit

©BIU Santé

ce qui inspire et entretient des doutes légitimes, c'est la crainte de la supercherie de la part des sujets. P. DECAYE.

BIBLIOTHÈQUE

LA THÉORIE DU MYCROZYMA ET LE SYSTÈME MICROBIEN, par A. BÉCHAMP. Paris, J.-B. Baillière, 1888.

Voilà plus de vingt-cinq ans que l'ancien professeur de Montpellier soutient, avec une ténacité digne d'une meilleure cause, une lutte incessante pour la démonstration d'une théorie physiologique qui, si elle était confirmée par les faits, modifierait profondément nos connaissances au sujet du fonctionnement normal et pathologique de nos organes. Pour lui, et pour Estor, tous les éléments anatomiques de l'organisme sont constitués par des agglomérations de particules qu'il nomme *microzymas*, qu'on a décrits à tort comme les molécules protéiques ou graisseuses, sous le nom de *granulations moléculaires*, qui sont mobiles et vivantes, qui se retrouvent dans tous les ferments, et qui sont susceptibles de se transformer en bactéries à l'intérieur du corps humain. Ainsi la vie ne serait qu'une continuelle fermentation, voilà la partie physiologique ; l'animal serait réductible au microzyma (et non au protoplasma), partie histologique ; les maladies prendraient naissance par transformation des microzymas en bactéries, partie pathologique.

C'est pour apporter de nouveaux arguments à l'appui de cette conception, que M. Béchamp vient de réunir en un volume une quarantaine de lettres adressées au docteur Ed. Fournié, directeur de la *Revue médicale française et étrangère* ; c'est aussi, c'est surtout pour combattre la doctrine parasitaire des maladies, si brillamment défendue par Pasteur et ses élèves, et basée sur des expériences si précises, sur des observations si incontestables, que le nombre de ses adversaires diminue chaque jour. Mais, s'il n'en reste qu'un, M. Béchamp sera celui-là. « La théorie du microzyma, s'écrie-t-il, combat les dogmes de la nouvelle école, et les réduit à néant. » Jusqu'ici, pourtant, le *système microbien* ne s'en porte pas plus mal.

Sans parler du courage qu'il y a à lutter pour une cause désespérée, il faut reconnaître que l'auteur fait preuve d'une fécondité d'esprit, d'une variété dans l'argumentation, qui rendent attachante la lecture de son nouvel ouvrage. Mais que dire du parti

---

encore à l'élaboration des fuliginosités du sang dans la veine pulmonaire, à leur sortie de ce canal, servant en quelque sorte de cheminée ou de tuyau d'appel. Enfin Servet accorde au ventricule gauche le perfectionnement du sang (veineux pour devenir artériel) sous la puissante vivification du feu qui y est contenu.

Remarquez-le bien, Messieurs, cette découverte du trajet du sang à travers les poumons, cette circulation pulmonaire, ou petite circulation, comme nous disons de nos jours, Servet la donne comme une observation qu'il ne s'attribue pas. Elle est perdue dans son livre au milieu de considérations sur l'esprit vital qui se compose et se nourrit de l'air inspiré ainsi que d'un sang très subtil, l'esprit vital ayant son origine dans le ventricule gauche du cœur et sa génération étant surtout aidée par le poumon. La transfusion du sang de l'artère veineuse dans la veine artérieuse à travers le poumon est noyée dans un flot de raisonnements théoriques et métaphysiques d'une importance majeure pour Servet. Il trouve dans les livres hébraïques, *Genèse*, *Deutéronome*, *Lévitique* : *Anima*, *omnis carnis in sanguine est;* alors, poursuivant cette idée, il étudie les pérégrinations du sang. Et faites attention à ceci : aucun des contemporains de Servet n'a cherché soit à l'approuver, soit à le contredire; pendant près d'un demi-siècle, nul ne l'a connu comme auteur médical. Ce n'est qu'en 1697 que le philologue William Wotton exhuma, pour ainsi dire, le passage physiologique du livre de Servet, d'après un manuscrit copié sur l'original et qui appartenait à l'évêque de Norwich.

L'infortuné théologien, victime d'une violence fanatique, a été discuté, puis mis à mort pour ses convictions religieuses; jamais il n'a été attaqué pour ses idées médicales.

©BIU Santé

pris qui le porte à faire de Pasteur, de Henle et de Claude Bernard, des ignorants, imbus de préjugés ; à distinguer entre les *vrais* médecins (ceux qui nient l'influence parasitaire) et... les autres ; à refuser à Pasteur l'honneur d'avoir inspiré Davaine dans ses recherches sur la bactérie du charbon, et Lister, dans sa méthode antiseptique de pansement, quoique ces deux savants aient eux-mêmes indiqué la source à laquelle ils ont puisé l'idée de leurs investigations ! M. Béchamp a surtout le grand tort de ne pas prendre pour devise cette phrase de son illustre contradicteur, qu'il cite pourtant dans sa préface : « Dans les sciences d'observation, il importe que les théories s'appuient sur des faits démontrables et bien observés. » C'est la raison pour laquelle la théorie du microzyma n'est pas admise dans la science et ne le sera probablement jamais : elle manque de preuves expérimentales.

Mais, lors même qu'on est convaincu de l'excellence d'une doctrine, comme l'est l'immense majorité des médecins en ce qui concerne la doctrine pastorienne, il n'est pas mauvais de connaître les arguments que lui opposent encore ses adversaires. C'est pourquoi il n'est pas sans intérêt de lire cette série de lettres sur la théorie du microzyma, d'autant plus que l'auteur dit, en passant, son mot sur la question de la génération spontanée, sur le transformisme, sur la théorie cellulaire, sur la matière, la vie, la force vitale, etc. — P. D.

CORRESPONDANCE

*A M. le rédacteur en chef de l'*Union médicale.

A PROPOS DE L'ARTICLE CRITIQUE « SUR LA VALEUR SÉMÉIOLOGIQUE DE L'AUDITION DE LA PAROLE SUIVANT LES AGES. »

Mon cher rédacteur en chef,

Un mot de réplique, s'il vous plaît ; un mot pour les lecteurs de l'*Union,* que je respecte trop pour porter la discussion sur un terrain extra-scientifique.

En terminant sa critique, où chacune de mes phrases est méthodiquement coupée, isolée et commentée, M. le docteur Ladreit de Lacharrière écrit : « M. Gellé a basé son travail sur cette conception erronée, à savoir : que la perception auriculaire peut être suppléée par une faculté cérébrale qui lui est connexe et qui est pour lui la faculté ud

---

J'aurais encore à rechercher la part de Michel Servet dans la découverte de la circulation pulmonaire.

Me voici en présence de Matteo Realdo Colombo, de Crémone. Déjà, l'année dernière, je vous ai dit ce qu'était Colombus : maître ès arts, puis pharmacien, chirurgien, élève et prosecteur de Vésale, auquel il succède comme professeur dans la chaire de Padoue. On ignore la date exacte de sa naissance, qui peut, ce me semble, être placée dans les premières années du XVIe siècle ; il meurt en 1559.

Colombus, après avoir été l'ami de Vésale, devint un de ses critiques ; il nous offre un esprit indépendant, mais présomptueux. C'était, sans conteste, un habile anatomiste, fort précis ; un physiologiste disant que des vivisections en apprennent plus pendant une petite heure que trois longs mois de lectures galéniques. On a comparé Matteo Colombo à Claude Bernard ; mais s'il y a quelque ressemblance entre eux pour le zèle à interroger l'organisation vivante, quelle différence dans leur caractère ! Autant Colombus était orgueilleux, d'humeur hautaine, tranchant dans l'exposition de ses idées, autant Claude Bernard était modeste, affable et mesuré, lui qui a fait de si belles découvertes.

Livré à un travail assidu, à de longues et difficiles recherches, Colombo ne s'occupait point de controverses religieuses. Son titre de gloire est d'avoir poursuivi l'étude de la circulation pulmonaire et de l'avoir parfaitement décrite, mieux que Servet. A mon avis, il l'a connue avant celui-ci, quoiqu'il ne l'ait publiée que six ans plus tard.

©BIU Santé

langage articulé....., etc. » Or, j'ai pris le cas d'un adulte sourd, ou à peu près, au diapason et à la montre, mais percevant la parole; donc, j'ai précisé l'état pathologique dont je parle. On voit, de reste, que ma note traite d'un sujet de séméiotique auriculaire et que j'oppose les divers résultats de l'exploration auditive les uns aux autres.

Isolé, le mot « suppléée » dit donc tout autre chose qu'au milieu de la phrase où il est pris; de plus, sa valeur est clairement indiquée par sa suite; car, j'écris clairement que l'activité cérébrale, l'éducation, l'excitation du foyer du langage articulé, l'intelligence viennent chez l'adulte en aide à ses oreilles défaillantes. Où voit-on qu'elles les remplacent?

Ce que j'ai surtout voulu faire saisir dans cette courte note, c'est la curieuse opposition entre deux données tirées de l'observation (rien de nuageux ici), à savoir : que l'enfant sourd devient muet, tandis que l'adulte sourd continue à percevoir longtemps la parole.

J'ai mis en présence ces deux cas extrêmes pour rendre l'antithèse plus saisissante; et j'ai émis cette opinion que la conservation observée chez l'adulte tenait sans doute à l'activité, à l'énergie des facultés cérébrales, à peine nées au contraire chez l'enfant; et c'est tout. Voilà ma thèse, toute discussion autre est à côté.

Agréez, etc. Dr Gellé.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 décembre. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Des épanchements pleurétiques comme complication des affections utéro-ovariennes. — Des agents de la méthode antiseptique dans les opérations qui se pratiquent dans la cavité abdominale. — Rapport sur un travail intitulé : *Note sur le coup de soleil électrique.*

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Verneuil rappelle que, lors de la session de 1883, de l'*Association générale pour l'avancement des sciences*, M. le professeur Potain lut un travail dans lequel il appelait l'attention des praticiens sur la fréquence des épanchements pleurétiques dans les affections ovariennes ou utéro-ova-

---

Pendant ses expériences, faites surtout sur des chiens, en présence de personnages marquants : de l'archevêque Orsini, de l'évêque Aloisius, de Ranuce Farnèse, prieur de Venise, de Bernard Salviat, prieur de Rome, etc., Colombus montrait les veines pulmonaires pleines de sang, se moquant de ceux qui ne voyaient dans ces vaisseaux que des tuyaux pleins de fuliginosités ou de fumée. Dans ses livres, *De re medica*, il dit expressément : « Entre les deux ventricules (du cœur) existe une cloison à travers laquelle presque tous les anatomistes pensent que le sang passe du ventricule droit dans le ventricule gauche, mais le chemin parcouru est beaucoup plus long. En effet, le sang est porté par la veine artérieuse (artère pulmonaire) au poumon, où il est rendu plus léger; ensuite mélangé à l'air, il est porté par l'artère veineuse (veine pulmonaire) au ventricule gauche du cœur. » Et il ajoute fièrement : « Ce que personne, jnsqu'ici, n'a marqué par écrit, quoique cela puisse être facilement vu par tout le monde... Je sais que cet usage nouveau des poumons, qu'aucun anatomiste n'a jusqu'à présent imaginé, paraîtra peu digne de confiance et semblera être un paradoxe. » Voilà bien le langage de l'homme trouvant une vérité, la réclamant comme son œuvre et la défendant contre « les auteurs excellents qui n'ont pas su apercevoir une chose si claire ou contre les ignorants qui ne peuvent rien supporter de nouveau ».

La petite circulation est précise. Servet laissait transsuder encore quelque chose par la cloison interventriculaire; Colombo la ferme complètement, sans hésitation, sans le souci de l'opinion de Galien ou de Vésale. Il a vu et revu sur les animaux vivants le sang revenant du poumon; il ne le dit pas *flavus*, comme Servet, mais avec un luxe

©BIU Santé

riennes, dans l'ovarite aiguë, l'utéro-ovarite, etc. Ces faits sont en somme du même ordre que ceux communiqués à la Société de chirurgie, dans la dernière séance, par M. Demons (de Bordeaux), sauf qu'il s'agit dans le travail de M. Potain d'affections aiguës. Il disait, dès 1883 : lorsque vous êtes en présence de phénomènes indiquant une irritation ovarienne, cherchez du côté de la plèvre; — M. Demons dit, à son tour, si vous avez affaire à un kyste de l'ovaire : cherchez du côté de la plèvre.

— M. Terrillon demande également la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, pour répondre quelques mots aux observations qu'on lui a faites. Celles-ci ont porté particulièrement sur certaines modifications de la méthode antiseptique appliquée à la chirurgie abdominale. Les tendances actuelles ont pour but d'empêcher l'entrée des microbes dans le péritoine. Or, M. Terrillon a été frappé de ce fait, que l'emploi de l'acide phénique comme agent antiseptique donne une sécurité purement illusoire. Des instruments, sur lesquels l'air a déposé des microbes, restent chargés de microbes, lorsqu'ils ont été trempés dans une solution d'acide phénique. M. Terrillon a plus de confiance dans l'eau bouillie, et il a remarqué que, depuis qu'il fait bouillir ses instruments, il obtient des résultats meilleurs.

Ayant consulté à ce sujet M. Pasteur, ce savant lui a déclaré que l'eau bouillie pouvait être considérée comme ne conservant aucun germe nuisible, à la condition de la faire bouillir *immédiatement* avant l'opération.

En ce qui concerne les tissus-éponges qu'il a substitués aux éponges ordinaires, M. Terrillon les a adoptés, parce qu'ils lui ont paru beaucoup plus faciles à nettoyer et à rendre absolument aseptiques par l'ébullition dans l'eau.

M. Terrier pensait que l'eau bouillie pouvait contenir des spores ayant échappé à l'action de l'ébullition; c'est pourquoi il a déclaré, dans la dernière séance, qu'il aurait plus de confiance dans l'eau portée à la température de 120 degrés. Mais du moment que M. Pasteur affirme que l'eau bouillie ne conserve aucun germe, M. Terrier ne veut plus faire d'objection à la pratique préconisée par M. Terrillon.

M. Kirmisson a été témoin, dans le service de Billroth à Vienne, du procédé employé par ce chirurgien pour rendre aseptiques les tissus-éponges dont il se sert dans ses opérations. Des compresses de gaze, pliées en sept doubles, sont soumises pendant une heure à l'action d'une eau portée dans l'autoclave à la température de 110 degrés. Puis elles sont de nouveau, pendant une heure, plongées dans un liquide aseptique, le sublimé, porté également à la température de 110 degrés.

---

d'adjectifs il le déclare *floridus, tenuis, pulcher*. En outre, Colombo fait exécuter aux valvules cardiaques leurs vrais mouvements; elles s'opposent au retour du sang, qui avance et n'ondule plus.

J'ai à peine besoin de revenir sur ce point délicat : lequel de Servet ou de Colombo a découvert la circulation pulmonaire ou petite circulation? Il semble naturel que Colombo n'ait pas eu connaissance de l'ouvrage théologique et détruit de Servet; mais on a objecté qu'il pouvait avoir eu, comme plusieurs autres, communication d'opinions dont on parlait tout bas, qu'on n'osait avouer tout haut, car elles provenaient d'un hérétique. M. H. Tollin, qui a entrepris le panégyrique à outrance de Servet, a opposé péniblement textes contre textes pour établir, ce qu'avait dit Zecchinelli, que Colombo a été plagiaire. M. E. Turner a repris la question et démontré la partialité de Tollin. Ceux de vous qui voudraient en avoir la preuve trouveront l'exposé du débat dans le *Progrès médical* de 1885 (nos 18, 19, 20, 21, 24, 26, 27, mai, juin, juillet).

Le trajet du sang veineux à travers le poumon a dû constituer une préoccupation favorite pour Colombo. Si Harvey a mis plus de quatorze années de réflexions pour trouver et pour établir le circuit du sang, il est probable que pendant longtemps, dix ou douze ans peut-être, Colombo devait répéter ses investigations, les exposer à ses élèves et à ses amis, en parler fréquemment. La différence de six années de priorité de publication, en faveur de Servet, n'a pas l'importance que lui ont attribuée Watton et ceux qui ont suivi le philologue anglais, surtout M. H. Tollin. Lorsque Valverde, sujet espagnol, élève de Colombo, publia en 1556, à Rome, une *Histoire de la composition du corps*

©BIU Santé

M. Pozzi pense qu'il suffit de porter à la température de 100 degrés l'eau dans laquelle on plonge les instruments et les objets de pansement, pour les priver des germes qu'ils pourraient contenir. Il considère comme un grand progrès de la méthode antiseptique l'usage de l'eau bouillie dans les opérations qui se pratiquent dans la cavité abdominale, et, quant à lui, il est absolument rallié à cette manière de faire.

— M. Terrier donne lecture d'un rapport sur un travail de M. le docteur Defontaine (du Creusot), intitulé : *Note sur le coup de soleil électrique*. Le travail de M. le docteur Defontaine, médecin en chef des usines du Creusot, est relatif à des lésions dues à l'action de la lumière électrique et comparables à celles de la lumière solaire, qu'il a eu l'occasion d'observer pendant le cours d'expériences faites sur la soudure directe de l'acier à l'aide d'un arc électrique dont l'intensité lumineuse serait de dix mille lampes Carcel au minimum.

Les assistants, bien qu'ils fussent placés à une distance de 5 à 10 mètres du foyer lumineux, distance largement supérieure à celle à laquelle on peut sentir la chaleur rayonnante, accusèrent une sensation de brûlure comparée par l'un d'eux à celle qu'il avait ressentie lors d'un coup de soleil antérieur.

Malgré l'interruption fréquente de l'arc lumineux, et au bout d'environ deux heures d'assistance à ces expériences, le cou, la figure, et le front jusqu'à la partie cachée par la coiffure, sont légèrement douloureux au toucher et ont pris une teinte rouge bronzé.

Bien que protégés par des verres noirs tellement foncés qu'ils permettaient à peine d'apercevoir le disque du soleil, les assistants ont eu la rétine impressionnée au point qu'en plein jour, la vision fut abolie pendant quelques minutes et que, ultérieurement, pendant au moins une heure, les objets prirent une teinte jaune safran très prononcée. Les conjonctives sont en outre fortement hyperémiées et cette congestion dure, au minimum, quarante-huit heures, s'accompagnant d'une sensation très pénible de corps étranger sous les paupières. La sécrétion des larmes est exagérée; elles coulent abondamment pendant toute la soirée, la nuit et même le lendemain du jour de l'expérience. En même temps, il existe de la céphalalgie et de l'insomnie due à la douleur et à l'hypersécrétion des larmes, et peut-être même de la fièvre.

Les jours suivants, on observe sur toute la face une desquamation par larges lamelles, qui se termine vers le cinquième jour.

Dans les remarques dont il fait suivre la relation de ces faits, M. Defontaine insiste sur l'influence exclusive de la lumière électrique pour produire les phénomènes dont il

---

humain, il mentionna dans la dédicace écrite dès 1554 la découverte de son maître, établie sur les expériences faites tant sur les animaux vivants que sur les cadavres. Valverde ne cite aucunement Servet. Plus tard, en 1598, dans un volume de *Lettres philosophiques* publié à Francfort, l'éditeur Scholzius, au sujet de l'opinion d'un Espagnol soutenant que le sang passe du ventricule droit dans les poumons en suivant un long détour, met en regard : *Colombi opinio*. A mon avis, tout ce qui a été supposé, parfois très habilement, pour attribuer à Servet la découverte de la petite circulation n'est pas probant. Je conclus donc que Servet a reçu d'Italie la connaissance du fait dont il n'a point revendiqué l'idée première; enfin si de Vienne, en Dauphiné, Servet s'est rendu à Padoue, comme Morejon l'atteste, la question est tranchée de plus en plus en faveur de Colombo.

Jusqu'ici, Messieurs, personne n'a prononcé le mot de circulation; il se trouve dans les écrits de Césalpin. Je dois vous dire de suite que, malgré les éloges qui lui ont été prodigués, entre autres par Geoffroy Saint-Hilaire et par Flourens, Césalpin a peu ou point compris ce sujet; partisan absolu d'Aristote et de Galien, il n'a rien inventé. N'allez pas croire cependant que ce fût un savant médiocre; il avait un esprit subtil, délié; il était théologien et philosophe, en même temps médecin, un peu anatomiste et surtout naturaliste, un des créateurs de la méthode en botanique. Né en Toscane, à Arezzo, en 1519, André Césalpin mourut à l'âge de 84 ans, à Rome, le 23 février 1603. De bonne heure célèbre, il voyagea, puis il accepta une chaire de philosophie et de botanique à Pise; il vint à Rome, appelé par Clément VII, et il y finit ses jours...

©BIU Santé

s'agit, phénomènes si analogues à ceux du coup de soleil ordinaire; mais, dans ce dernier cas, il faut aussi faire jouer un certain rôle à la chaleur.

Examinant la question traitée dans la courte et intéressante note de M. Defontaine, M. le rapporteur signale les faits du même genre qui ont été observés par divers auteurs et ceux qu'il a eu l'occasion d'observer lui-même. Il étudie séparément les deux ordres de phénomènes pathologiques produits par cette cause : 1° les accidents du côté des téguments, 2° les troubles du côté de l'organe de la vision. L'histoire de ces deux ordres de faits se résume de la manière suivante :

Du côte des téguments, le premier phénomène est la rougeur, l'érythème; il apparaît sans déterminer de sensation douloureuse; dès le début, il a une teinte d'un rouge vif très accusé. Bientôt naissent des démangeaisons, du prurit plus ou moins prononcé, suivant la sensibilité des malades, et qui, en tous cas, dure peu de temps. Puis une sensation de gêne, de tension, et, enfin, de brûlure assez caractérisée et identique à celle que produit un véritable coup de soleil. Cette sensation ne tarde pas à disparaître vers le troisième jour, à moins qu'il ne se soit produit des phlyctènes comme dans une brûlure du deuxième degré. Au bout de quelques jours se manifeste une desquamation du tégument, tantôt en lamelles, tantôt par petites plaques, selon la région et surtout selon l'intensité des accidents cutanés.

Dans tous les cas relatés et observés par M. Terrier, ces accidents furent bénins; toutefois, lorsqu'ils avaient leur plus grande intensité à la face et qu'ils se compliquaient de troubles oculaires, ils déterminèrent des phénomènes inquiétants, voire de la fièvre.

Quant aux phénomènes observés du côté de l'organe de la vision, on pourrait, dit M. le rapporteur, les décrire sous le nom d'*ophthalmie électrique*. Tantôt cette ophthalmie est légère ou de moyenne intensité; tantôt elle est forte et détermine des accidents sérieux soit primitifs, soit même consécutifs. Le plus souvent ces accidents, qui sont parfois d'apparence formidable, se calment au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures et finissent par disparaître en quelques jours. Toutefois, il faut se rappeler qu'on a signalé l'existence possible de troubles persistants du côté des membranes profondes.

Quelle peut être, dit M. Terrier, la cause de ces divers accidents? Tout d'abord on peut éliminer absolument l'influence des rayons calorifiques. Dans le coup de soleil électrique, la sensation de chaleur est à peine perçue par les téguments. D'autre part, il suffit de voir les lunettes si foncées, ou les verres colorés qui abritent les yeux et qui n'empêchent pas toujours l'action sur les membranes oculaires, pour éliminer l'in-

---

Où se trouve le mot *circulatio*? Dans le livre V des *Questions péripatéticiennes*, publié en 1571, à Venise; la dédicace est datée de Pise, calendes de juin 1569. *Huic sanguinis* circulationi *ex dextro cordis ventriculo per pulmonem in sinistrum ejusdem ventriculum*, etc. Mais, dans ce passage, le mot circulation s'applique uniquement au circuit pulmonaire, mieux exposé par Colombo qui avait indiqué l'action de l'air sur le sang. Césalpin en revient à la réfrigération galénique, il admet la perméabilité de la cloison : le sang est « transmis du ventricule droit au ventricule gauche pour se refroidir, partie à travers sa cloison, partie par les poumons. Dans la VIe proposition du livre précité, Césalpin admet que les veines et les artères parties du cœur vont se réunir dans le cerveau et dans la moelle épinière, pour former les nerfs et porter le mouvement aux muscles. Où trouver dans cela une indication de la circulation générale... ?

Un dernier point reste à examiner. Césalpin a indiqué le gonflement des veines au-dessous d'un obstacle, et Flourens en a conclu qu'il a connu la circulation générale ou grande circulation. C'est dans les *Questionum medicarum libri II*, parues à Venise en 1593, avec la 2e édition des *Questionum peripateticum libri V*, que dans un long exposé au sujet de la suffocation dans l'angine (lib II, p. 234), Césalpin fait cette remarque : « Il serait curieux de rechercher pourquoi les veines se gonflent au-dessous du point comprimé et non pas au-dessus, ce que savent par expérience ceux qui saignent, car ils posent le lien au-dessus du point où sera faite l'incision et non au-dessous, parce que les veines se gonflent au-dessous de la ligature et non au-dessus. Mais il aurait dû en être autrement si le mouvement du sang et de l'esprit se fait des viscères dans tout le

©BIU Santé

fluence des rayons calorifiques dans la production de l'ophthalmie électrique. Tout le monde s'accorde sur ces points.

Reste la question des rayons lumineux et des rayons chimiques. Les rayons lumineux agissent-ils seuls, ou faut-il, au contraire, admettre l'action exclusive des rayons chimiques (rayons violets et ultra-violets)? Cette question n'est pas encore résolue.

Toujours est-il que l'indication thérapeutique est fort simple :

Contre les accidents cutanés, éviter de laisser les téguments à découvert et se protéger la face par un écran.

Contre les phénomènes oculaires, même précaution de l'écran, mais avec les verres les plus teintés, soit en noir, soit peut-être de préférence en rouge et jaune, comme l'ont appris les ingénieurs qui s'occupent de la soudure des métaux. — A. T.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES ÉRUPTIONS SYPHILITIQUES DE LA FACE. — Diday.

Bi-iodure d'hydrargyre.....	0 gr. 80 centigrammes.
Axonge.....	30 grammes.

Mêlez. — Pour combattre les squames de la barbe, les plaques circinées des joues et du menton, on fait des frictions 2 ou 3 fois par jour, avec la pommade ci-dessus. La friction doit durer 2 minutes, et être assez vive pour irriter la peau. — Si, après 2 frictions faites à 12 heures d'intervalle, la peau n'est pas devenue rouge et sensible, faire ajouter 0 gr. 40 centigr. de bi-iodure à la pommade, et continuer jusqu'à ce qu'on obtienne l'effet désiré. — A ce moment on cesse les frictions, et on attend 5 jours. Si, au bout de ce temps, la lésion n'est pas complètement effacée, on la bassine plusieurs fois chaque jour avec la liqueur de Gowland, et on la couvre, en se couchant, d'un morceau de sparadrap de Vigo, qu'on garde toute la nuit. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NOMINATIONS. — Le privat docent Rasumowski est nommé professeur de chirurgie opératoire à Kasan.

corps. Aristote résout-il le problème en disant (*De Somn.*, cap. III) : « Ce qui est évaporé « doit être poussé quelque part, puis revenir sur lui-même comme l'Euripe. Car la « chaleur animale se porte naturellement vers les parties supérieures, d'où elle redes- « cend ensuite en revenant sur elle-même. » Ainsi parle Aristote. Finalement, pour Césalpin, la suffocation dans l'angine est due à l'occlusion des veines de la tête ou des parties supérieures. Loin d'attribuer le gonflement veineux à un courant centripète, il croit à un flux pendant la veille et à un reflux pendant le sommeil, « où la chaleur naturelle passe des artères dans les veines par les orifices de communication qu'on appelle anastomoses, et de là se porte au cœur ». Ici, on voit qu'il ne s'agit plus de sang, mais de chaleur naturelle. Plus on étudie impartialement Césalpin, plus on est forcé de conclure que dans la plupart de ses assertions se dresse un obstacle à la circulation générale : toujours l'antique flux et reflux dans les veines d'un côté, dans les artères de l'autre. L'illustre péripatéticien aurait-il entrevu la grande circulation (je vous ai montré qu'il était en arrière de Colombo pour la circulation pulmonaire), qu'il aurait, par respect pour Aristote, cherché une théorie, pour ne pas voir les choses autrement que son oracle.

Laissant de côté Carlo Ruini de Bologne et Eustachio Rudio, qui, en 1598 et en 1600, ont traité de la circulation pulmonaire, je vais vous parler de Fabrice d'Aquapendente et des valvules des veines; j'ai hâte d'arriver ensuite aux contradicteurs directs de Harvey.

©BIU Santé

— Le docteur Roser, professeur de chirurgie à l'Université de Marbourg, est mis à la retraite ; son remplaçant probable est le professeur Braun (d'Iéna).

— On vient d'ouvrir à New-York un hôpital de femmes spécialement affecté aux maladies cancéreuses.

— La variole a causé 2,003 décès à Rio-Janeiro dans les huit premiers mois de cette année.

La même maladie est signalée à Dakar (Sénégal).

A Madrid, la variole a fait 200 victimes pendant les quinze premiers jours de novembre.

Nécrologie. — Le docteur Karl Langer, professeur d'anatomie à l'Université de Vienne, est mort le 7 décembre ; à la même date, succombait le docteur Eulenburg, sanitasrath de Berlin.

— La Société des médecins de Buda-Pesth a tenu quatre séances pendant le mois de novembre. Parmi les plus importantes communications faites, nous notons : celle du professeur Friedrich Koranyi, sur la pneumonie intermittente, avec quelques considérations sur l'unité des pneumonies. Dans l'observation qui sert de base à la communication, la fièvre affectait le type intermittent quotidien, l'extension de la lésion ne se faisait que pendant le paroxysme fébrile; elle était accompagnée à ce moment de toutes les manifestations pneumoniques qui disparaissaient pendant l'apyrexie. Le tableau clinique fut complété par un herpes labial et une intumescence notable de la rate. Après l'administration d'une dose de 1 gr. 25 de sulfate de quinine, la fièvre céda et vingt-qnatre heures après, l'exsudat fut résorbé. Le professeur Koranyi pense que ni les symptômes, ni les constatations anatomiques, ni les recherches microbiennes, ni l'allure des épidémies ne peuvent servir d'arguments à la doctrine de l'unité des pneumonies. — Le docteur Jendrassik, privat docent, a entretenu ses collègues de la localisation du tabès. Pour lui, le tabès n'est pas une lésion de la moelle, mais bien une maladie du cerveau. — Notons encore : un cas de cysticerque du cristallin, par le docteur Ottava; atrophie musculaire juvénile, par le professeur Ketli ; diagnostic des lésions vésicales, par le professeur Genza Autal, etc. — Ch. S.

Une vaccination au harem. — L'*Indian Med. Gazette* du mois de juin rapporte que 150 femmes du sérail du sultan à Constantinople viennent d'être vaccinées. L'opération eut lieu dans une vaste salle, sous la surveillance de deux gigantesques eunuques. Le mé-

---

Je vous ai déjà montré et je vous montre encore ce bel in-folio : *De venarum ostiolis liber*, publié à Padoue, en 1603, par Fabrice ; remarquez les belles figures qu'il renferme. Fabrice d'Aquapendente avait fait, dès 1574 et avant les réflexions de Césalpin, sa démonstration des valvules des veines. La découverte de ces valvules remonte plus haut : Charles Estienne, le frère du célèbre imprimeur, les avait vues à Paris et consignées dans un écrit, en 1445 ; Jacques Dubois ou Sylvius avait pareillement remarqué les valvules de plusieurs veines du corps. Cannani, en 1547, avait découvert des replis valvulaires à l'orifice de la veine azygos ; du reste, Vésale indique des valvules à l'orifice des veines hépatiques. Eustachi fit connaître, non seulement la valvule qui porte son nom, mais celles qu'on trouve aux orifices des veines propres du cœur ou coronaires. Posthius constatait, à Montpellier, les valvules des veines crurales ; Salomon Alberti en signalait aussi dans les veines rénales, crurales, et autres veines des membres.

Fabrice d'Aquapendente avait observé « avec une grande joie » que la plupart des veines possèdent des valvules qui s'ouvrent du côté du cœur; il les a soigneusement représentées. Mais il n'en saisit pas la fonction ; il pensait qu'elles avaient été faites pour modérer l'afflux du sang veineux et l'empêcher surtout « de se porter en trop grande abondance vers les parties déclives, ce qui aurait le double inconvénient de priver les parties supérieures de l'aliment qui leur est nécessaire et d'amener un gonflement perpétuel des mains et des pieds. »

(*A suivre.*) Prof. Laboulbène.

©BIU Santé

decin italien qui fut chargé de ce soin fut placé devant un large paravent au milieu duquel on avait percé un trou juste suffisant pour laisser passer un bras. C'est ainsi que le vaccinateur vit passer rapidement sous ses yeux une série de bras de couleur et d'apparence très variables. Il lui était naturellement impossible d'apercevoir ses patientes; mais pour éviter même la possibilité d'un regard indiscret à travers l'ouverture du paravent, les deux eunuques lui recouvraient la face d'un voile épais dès qu'il avait terminé ses piqûres sur un bras et ne l'enlevaient qu'après l'apparition d'un nouveau bras à travers l'écran protecteur.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Le registre d'inscription du deuxième semestre de l'année scolaire 1887-1888, sera ouvert le jeudi 5 janvier 1888. Il sera clos le samedi 21 janvier, à trois heures de l'après-midi. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre suivant ; de midi à trois heures :

1° Inscriptions de première et de deuxième années de doctorat et de première année d'officiat, les jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12 et vendredi 13 janvier ;

2° Inscriptions de troisième et de quatrième années d'officiat, les samedi 14, mercredi 18, jeudi 19, vendredi 20 et samedi 21 janvier.

La quatrième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (Physiologie).

Les étudiants sont tenus de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, soumises au stage, ne seront distribuées qu'à partir du vendredi 13 janvier.

MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre, à leur feuille d'inscriptions, un certificat de leur chef de service indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'interne et d'externe, pendant le premier trimestre de l'année scolaire 1887-1888. 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.

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1888

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France.

On souscrit en envoyant un mandat de poste de 4 francs ou 4 francs en timbres-poste aux Bureaux de l'Union Médicale, rue de la Grange-Batelière, 11.

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte, gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques.**

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. Coignard : Diabète. — Médicaments. — Médications. — II. Bibliothèque : Traité d'histologie pathologique. — Manuel de technique microscopique. — III. Revue des Journaux : Contagion de la scarlatine. — Sténose par adhérences des orifices de l'estomac. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier. — XI. Analyse du Lait d'Arcy.

Diabète. — Médicaments. — Médications.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans sa séance du 10 décembre 1887

Par M. le docteur Coignard.

Les médicaments que l'on a employés dans le diabète sont extrêmement nombreux. La saignée, les purgatifs, le séton à la nuque auraient donné de bons résultats, si l'on en croit les médecins qui les ont préconisés, et je ne m'étonne point de ces assertions ; car souvent le sucre disparaît de l'urine sans autre motif qu'un changement de milieu, et il ne reparaît pas toujours immédiatement.

J'ai vu deux malades, dont l'analyse de l'urine faite à Paris (dans des conditions telles qu'il n'y a pas lieu de douter de l'exactitude des chiffres, 75 grammes de sucre par litre), arriver à Vichy, où j'ai fait faire une nouvelle analyse, avant de recommencer tout traitement. Ils n'avaient plus de sucre, ils n'en ont pas encore après quatorze mois écoulés, ils ont autre chose. On a employé l'acide phénique, l'acide salicylique, les acides chlorhydrique, sulfurique, phosphorique, sous forme de limonade, la strychnine, l'opium, la belladone, et, l'année dernière, les deux réunis.

L'observation a été portée à la tribune académique. Il serait à désirer qu'on donnnât des nouvelles du malade qui en a été le sujet, car l'ensemble des phénomènes morbides auquel on est convenu de donner le nom de diabète est extrêmement variable, et je ne sais si l'on a le droit de dire qu'un malade est guéri lorsque depuis deux ans on ne trouve plus de sucre dans l'urine.

On a employé l'arsenic, le cuivre, le bromure de potassium (préconisé en 1866 par le docteur Begbie), la teinture d'iode, la chlorhydrate d'ammoniaque, la codéine, le chloral, la valériane (Trousseau), le sucre (Piorry); le permanganate de potasse, 0,05 à 18 centig.; le lait écrémé, exclusivement (Donkin). La faradisation des pneumogastriques, puis du foie; enfin la série des toniques!

Ici, à la Société de médecine, notre collègue, M. le docteur Dehenne, a parlé de l'ergotinine. Hé bien, l'ergotinine est un bon médicament! elle diminue la soif et la polyurie alors que les autres médicaments n'ont rien produit. Mais elle ne réduit en aucune façon la quantité du sucre contenu dans l'urine (L'expérience a été poursuivie par M. le docteur Cornillon, qui la relate dans le journal les *Annales de médecine thermale,* année 1887, n° 6, paru le 5 juin).

Je dirai aussi à propos de la communication de notre collègue, M. le docteur Leblond, sur l'emploi de l'eau oxygénée si bien indiquée théoriquement dans le diabète, que je l'ai employée depuis deux ans, et je n'ai rien obtenu ni bien ni mal; l'eau oxygénée doit être sans microbes, partant recommandable.

J'ai trouvé la liste de tous ces médicaments, à l'exception de l'ergoti

©BIU Santé

nine qui a été récemment employée, dans l'excellente thèse remplie de faits de M. le professeur Brouardel.

Il y a encore un autre médicament (probablement il y en a beaucoup d'autres que je n'ai pas trouvés) dont j'ai rencontré traces dans le *Journal de thérapeutique de Gubler*, année 1877, 10 avril, n° 7, p. 241, c'est la Caña agria, remède populaire à l'Equateur, où il y a beaucoup de diabétiques, dit l'article du journal signé Gubler.

La Caña agria guérirait le diabète d'une façon à peu près constante; au moins telle serait l'opinion des indigènes.

Il m'est impossible, pour le moment, de contrôler cette assertion; mais je n'ai jamais entendu parler de la Caña agria; il est probable que je ne la connaîtrais pas, même de nom, si je n'avais fait des recherches en vue de cette communication. Il est problable que si le remède était bon, on en eût parlé.

De plus le docteur Duguet, dans le service duquel, toujours d'après l'article, l'observation a été prise, m'a dit qu'il ne se rappelait nullement ce fait. J'inclinerais donc à penser que les succès qu'on a cru obtenir dans le traitement du diabète, par l'emploi de la Caña agria, sont le résultat d'une illusion comme ceux qu'on avait cru obtenir du condurangu dans le traitement du cancer; on se rappelle que le condurangu également originaire de l'Equateur, avait été, vers l'année 1867 ou 1868, recommandé, avec la meilleure bonne foi du monde, bien entendu, à toutes les chancelleries, par le président Garcia. Un de ses amis intimes paraissait avoir été guéri d'une tumeur de la face réputée cancéreuse par l'infusion de condurangu, et il avait été tellement enthousiasmé qu'il fit part de la découverte, *urbi et orbi*. — C'est l'histoire du nègre Vries avec M. Saxe, moins le charlatanisme. Enfin, les alcalins, carbonates, bicarbonates, tartrates, qui ont donné des résultats favorables, surtout lorsqu'un régime alimentaire approprié en accompagnait l'usage, mais encore ces effets favorables n'étaient que passagers le plus souvent.

Dans la séance du 12 novembre, M. le docteur Bouloumié vous a dit ce qu'il fallait penser du traitement du diabète sucré, par l'arséniate de soude mêlé au carbonate de lithine, introduits dans un flacon d'eau de Seltz.

En réalité, Messieurs, aucun des médicaments ci-dessus indiqués n'a donné de résultats sérieux, pas même l'opium, l'arsenic, le bromure de potassium, la teinture d'iode, la strychnine. J'appelle résultat sérieux, non pas la guérison absolue que je crois très exceptionnelle, mais un état de santé tel que le malade n'éprouve aucun malaise, qu'il n'y ait aucun amoindrissement dans ses facultés, quand même l'analyse de l'urine indiquerait une certaine dose de sucre.

Voici un nouveau mode de traitement. Ici, il s'agit d'une médication, et non d'un médicament, je veux parler de l'exercice musculaire préconisé par le professeur Bouchardat.

L'exemple est tiré de la thèse de Brouardel : il s'agit d'un médecin que la plupart d'entre nous ont connu, et qui a été l'ami de plusieurs, Martin Damourette. Le nom n'est pas cité dans la thèse, mais je tiens de Martin lui-même tous les détails de l'observation. La voici :

Le docteur Martin, après de vifs chagrins de toutes sortes, était devenu fortement diabétique, c'est-à-dire que sa bouche était sèche, qu'il perdait ses forces, qu'il avait maigri de 15 kilogrammes et que son urine contenait une grande proportion de sucre. Ceci se passait en 1866 et, à cette époque,

©BIU Santé

on ne dosait pas rigoureusement les éléments pathologiques ou normaux de l'urine. Martin fit l'analyse qualitative avec la potasse.

Le traitement médical fut complet. Eau de Vichy, iodure de potassium ; pain de gluten, — acide arsénieux ; — tout cela pendant six mois environ.

Aucune amélioration ne s'étant manifestée, le malade recourut à l'exercice musculaire.

Il demeurait place de l'Ecole-de-Médecine, à Paris ; il loua un appartement à Saint-Mandé, distant de sept kilomètres, de sorte que, par tous les temps, il faisait soir et matin sept kilomètres. Il n'avait pas gardé de lit à Paris, afin de n'être pas tenté de rester, lorsque le temps était mauvais, ou lorsqu'il se sentait paresseux.

Le régime fut : vin de Bordeaux, eaux de Vichy, viandes, légumes verts, et pain ordinaire en petite quantité.

Après quinze jours de cette nouvelle médication, Martin se sentit mieux ; après six mois, il était complètement guéri. Il n'eut plus de sucre dans l'urine depuis cette époque ; et lorsqu'il mourut, en 1883, il n'avait dans l'urine ni sucre ni albumine.

Martin menait une vie trop sédentaire ; il passait, sans sortir du logis, deux ou trois mois, dans une atmosphère surchauffée, fumant des cigares et buvant tous les jours du cognac, toujours pour suivre le régime du professeur Bouchardat, régime excellent, mais dont il faut, à mon avis, retrancher l'usage de l'alcool, surtout maintenant.

Pour ma part, j'ai vu des diabétiques soumis à ce régime, qu'ils exagéraient peut-être, gagner une sclérose du foie. Il fallut les soumettre à la diète lactée.

Voici donc une excellente médication : l'exercice au grand air ; nourriture azotée ; eaux alcalines.

C'est encore à l'heure qu'il est la meilleure des médications, dans cet état morbide qu'on nomme diabète.

Dans le *Traité clinique et thérapeutique du diabète,* de notre collègue le docteur Durand-Fardel, on trouve un argument d'une grande valeur en faveur de cette manière de voir.

Il a dressé le tableau de 71 cas de diabète.

Tous les malades avaient suivi un traitement avant de venir à Vichy. Le traitement avait consisté le plus habituellement dans le régime alimentaire, l'usage des alcalins et l'eau de Vichy transportée.

Chez 14 de ces malades, le sucre a disparu totalement sous l'influence de l'eau alcaline prise à la source ; à Vichy, boire aux sources et faire de l'exercice au grand air constitue à peu près tout le traitement, car habituellement le régime diététique est fort mal suivi.

Chez 25, la quantité du sucre, à la fin de la cure, était à peine le quart de celle du début.

Chez 5, elle était à peu près égale au quart.

Chez 7, au tiers ; dans 8 cas, à la moitié.

Dans 8 autres cas, elle n'atteignait pas la moitié.

Enfin, la proportion du sucre est restée la même 2 fois, et a augmenté légèrement 2 fois. (Durand-Fardel, p. 463, *loc. cit.*)

Messieurs, c'est exactement ce que j'ai observé moi-même depuis onze ans.

J'ai vu aussi le sucre apparaître subitement, à la dose de 54 grammes par vingt-quatre heures, dans l'urine d'un malade que, depuis sept ans, je fai-

©BIU Santé

sais régulièrement analyser tous les trois mois. Depuis dix-huit mois, on ne trouve plus traces de sucre dans cette urine.

J'ai rencontré des malades qui, après avoir eu du sucre pendant six ans au moins, n'en ont plus depuis deux ans, et continuent à se fort bien porter.

Je dois dire aussi que j'ai un malade qui, bien qu'il fasse un traitement régulier depuis cinq ans, trouve toujours dans son urine 100 à 150 grammes de sucre.

Il est diabétique depuis vingt-six ans, et n'est venu à Vichy que depuis cinq ans. Alors, la première fois, le sucre fut réduit à 23 grammes.

Ce malade, du reste, fait ses affaires et se porte bien. S'il ne savait qu'il élimine du sucre, il ne se plaindrait pas.

Est-il permis de croire que, s'il était venu à Vichy il y a vingt ans, ou si même il pouvait y venir deux fois par an, le chiffre du sucre serait moins élevé?

En résumé, presque tous les médicaments ont été employés, suivant les théories de ceux qui les appliquaient, contre cet état morbide à manifestations multiples, dont les plus évidentes sont la sécheresse de la bouche, la soif, la polyurie, l'affaiblissement des forces, et la présence du sucre dans l'urine, auquel on est convenu de donner le nom de diabète; et, seulement, l'entraînement pratiqué méthodiquement, et avec prudence, les changements de milieu, le régime alimentaire, non pas le régime azoté à outrance, mais un régime approprié aux facultés digestives des malades, et l'usage longtemps continué des eaux minérales alcalines, prises à la source, ont donné des résultats favorables. C'est jusqu'à présent le mieux ou, si l'on veut, le moins mal.

Voici, pour 408 diabétiques, les résultats fournis par les analyses de l'urine pratiquées au début et à la fin du traitement fait à Vichy.

Pour chaque analyse, on a employé le polarimètre et la liqueur de Fehling.

Chez 40 malades, lors de leur départ, il n'y avait plus de sucre dans l'urine.

Chez 302, on avait obtenu une diminution de sucre urinaire plus ou moins grande.

Chez 66, le sucre était augmenté.

Voilà ce que donnent les chiffres. Je considère ce résultat comme une base pour mes observations futures.

Au point de vue clinique, à mon avis, il faut voir, chez les diabétiques, autre chose que l'augmentation et la diminution du sucre urinaire.

Mon expérience, qui n'est point encore assez étendue, il est vrai, m'a appris qu'il ne fallait pas se réjouir immodérément, quand, après dix ou quinze jours de traitement, on ne trouvait plus de sucre dans l'urine d'un malade, pas plus qu'il ne fallait s'affliger et se décourager alors que le chiffre du sucre était augmenté.

En effet, la diminution du sucre dans l'urine, comme son augmentation, sont des phénomènes qui m'ont paru passagers, mobiles, au moins, au début du traitement, et surtout au début des accidents qui ont effrayé le malade; ce n'est qu'à la longue, et par la continuité de la médication, qu'on arrive à un résultat à peu près fixe.

Quelquefois, le malade est assez heureux pour que le sucre disparaisse

©BIU Santé

complètement et ne reparaisse plus. Ceci est exceptionnel, peut-être 10 p. 100.

Habituellement, on trouve dans l'urine d'un diabétique qui se soigne une quantité de sucre variant de 1 gramme à 30 grammes.

Mais la présence du sucre dans l'urine ne me paraît pas constituer toute la maladie. Les malades, la plupart du temps, ne savent pas que leur urine est chargée de sucre; ils viennent se plaindre au médecin d'une sécheresse de la bouche insupportable, de soif, de polyurie et d'affaiblissement musculaire. Une fois débarrassés de ces malaises qui sont de véritables souffrances dont la simple énumération ne donne qu'une faible idée, ils se considéreraient comme guéris si on ne leur eût pas dit que leur urine charriât du sucre.

Or, il est de règle que ces accidents *disparaissent* dans la première semaine de l'arrivée des malades à Vichy, et dès lors, pour eux, l'existence devient ce qu'elle était auparavant. (Je sais qu'il n'en est pas toujours ainsi, puisque M. le docteur Cornillon préconise la teinture d'ergotinine dans les cas de polidipsie *rebelle*.) Mais certainement le fait n'est pas commun, puisque, pendant onze ans, je ne l'ai jamais rencontré.

La pathogénie du diabète est loin d'être faite. Il n'existe pas de spécifique contre cet état morbide. Il me paraît rationnel d'employer la médication qui, jusqu'à présent, donne les résultats les plus satisfaisants.

« Le diabétique qui se soigne a autant de chances de vivre longtemps qu'un homme en bonne santé. » (Bouchardat, *De la glycosurie*, Paris, 1875.)

BIBLIOTHÈQUE

Traité d'histologie pathologique, par le docteur Edouard Rindfleisch, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Wurzbourg, traduit de la sixième édition allemande et annoté par Fr. Gross, professeur, et J. Schmitt, agrégé à la Faculté de Nancy. — Paris, J.-B. Baillière et fils, 1888.

Le traité de Rindfleisch a paru il y a une vingtaine d'années et, depuis son apparition, six éditions s'en sont succédé en Allemagne. Aussi était-il nécessaire de reviser la traduction française qui en avait été faite il y a quatorze ans par M. Fr. Gross.

Le traducteur, un de nos plus savants professeurs de province, s'est donc mis à l'œuvre pour compléter son premier travail, en s'adjoignant M. Schmitt, agrégé de la même faculté, traducteur lui-même d'un autre ouvrage de Rindfleisch.

Ce qui fait l'originalité du *Traité d'Histologie pathologique* du professeur de Wurzbourg, c'est le soin avec lequel il maintient comme base de ses descriptions les lésions cellulaires. Continuateur de la doctrine de Wirchow, il en montre les conséquences au point de vue des altérations histologiques. Pour lui, « l'histologie pathologique n'est pas seulement la sœur cadette de l'anatomie pathologique. A un autre point de vue, elle paraît plus indépendante, plus relevée même que celle-ci, c'est au point de vue biologique, c'est quand elle intervient daus l'étude générale de la vie et dans les questions essentielles de cette étude, dans l'étude de la cellule. La cellule, ce substratum univoque de tous les processus vitaux, constitue le point de départ de toutes les modifications de forme que subissent les organes malades. L'analogie si prononcée des cellules mêmes les plus différenciées, la similitude de leur composition physico-chimique, limitent en quelque sorte le nombre des modifications qu'elles peuvent subir et nous permettent d'établir une série de processus élémentaires auxquels peuvent se réduire les altérations les plus complexes des tissus, telles que les foyers de ramollissement cérébral ou d'inflammation pulmonaire, etc... Le temps n'est pas éloigné où la pathologie

©BIU Santé

cellulaire formait le noyau de toute la pathologie; si l'on a un peu exagéré son rôle, il n'en est pas moins vrai qu'elle constituera toujours le fond de l'histologie pathologique et par elle de la plus grande partie de l'anatomie pathologique. »

La division est la suivante : PREMIÈRE PARTIE : *Morphologie pathologique des cellules* : dégénérescence progressive, dégénérescence régressive ; DEUXIÈME PARTIE : *Morphologie pathologique des organes* : Partie générale qui comprend les troubles de la circulation, l'inflammation, l'atrophie et l'hypertrophie, les tumeurs ; partie spéciale où sont décrites les altérations des divers appareils successivement. Le livre se termine par un résumé de technique microscopique et un appendice relatif à une méthode de diagnostic histologique rapide des tumeurs, par le docteur G. Futterer, assistant à l'Institut anatomo-pathologique de Wurzbourg. — P. L. G.

MANUEL DE TECHNIQUE MICROSCOPIQUE ou guide pratique pour l'étude et le maniement du microscope, dans ses applications à l'histologie humaine et comparée, à l'anatomie végétale et à la minéralogie, par le docteur Paul LATTEUX, chef du laboratoire d'histologie de l'hôpital de la Charité, etc. — Troisième édition, revue et considérablement augmentée avec 385 figures dans le texte. Introduction de M. le professeur TRÉLAT. — A. Coccoz, Delahaye et Lecrosnier, 1887.

Le succès de l'enseignement de M. Latteux, le plus recherché des professeurs libres d'histologie, s'explique aisément par les qualités qu'il met au service de ses élèves : science, habileté, patience et clarté.

Ce sont aussi ces qualités qui expliquent le succès de son *Manuel de technique microscopique*, succès dont fait foi l'apparition de cette troisième édition. M. le professeur Trélat, auquel était dédiée la deuxième et qui a depuis sept ans placé M. Latteux à la tête de son laboratoire, à Necker et à la Charité, se porte garant vis-à-vis du public de l'habileté technique de son chef de laboratoire qui est « un praticien consommé ».

M. Trélat ajoute : « Outre son expérience personnelle, l'auteur a mis à profit tous les documents utiles. Il a puisé à toutes les bonnes sources et, presque à chaque page, il indique les procédés de M. le professeur Ranvier. Cette troisième édition renferme deux parties nouvelles : la technique micrographique appliquée à la botanique et à la minéralogie, des chapitres nouveaux sur la photomicrographie, la pathologie des tissus, l'organe de l'ouïe et l'embryologie. Bref l'ouvrage, doublé de volume, d'un format agrandi, plein de figures et parfaitement imprimé, trouvera, prévoit M. Trélat, un excellent accueil auprès du public d'élèves auquel il est destiné. » — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Contagion de la scarlatine. — L'*Union médicale* a résumé, dans un de ses derniers numéros, les observations et expérience de Heuden et de Klein tendant à démontrer que la scarlatine serait due à des germes primitivement développés dans l'organisme de la vache.

Edigton et Thin reviennent sur cette question dans le *Bright med. Journal*.

Le premier auteur est loin de considérer l'origine bovine de la scarlatine comme parfaitement établie. A la vérité, rien ne permet aujourd'hui de distinguer le streptococcus trouvé par Klein dans le sang des scarlatineux du microorganisme qu'on rencontre dans les éruptions produites sur les mamelles des vaches. Mais ce n'est pas là une preuve que le germe en question soit l'agent producteur de la fièvre éruptive ; de plus, les symptômes provoqués par les inoculations faites aux animaux semblent reconnaître pour cause une inflammation septique.

Voici du reste les résultats des recherches relatées dans le rapport de la Commission d'enquête, instituée par la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, à l'effet de contrôler ces expériences :

44 préparations ont été faites avec du sang pris sur dix scarlatineux dans les trois pre-

©BIU Santé

miers jours d'invasion de la maladie : Dans un cas, le microscope a permis de constater la présence de bacilles et de microcoques en petit nombre.

Dans deux cas, les bacilles étaient rares, mais les microcoques nombreux ; on n'a pu trouver que des microcoques seuls dans quatre cas ; enfin trois fois, les microorganismes ont fait défaut.

Les cultures faites avec les produits de la desquamation ont échoué.

Les inoculations faites à des veaux avec les cultures pures du bacillus scarlatinæ (fourni par Edigton) restèrent sans résultats.

Il est établi cependant que morphologiquement, le bacille d'Edigton est le même que celui que Klein a trouvé sur les mamelles des vaches. L'origine de la contagion décrite par cet auteur semble donc infirmée.

Pour Edigton, qui revendique la priorité de la découverte de ce microorganisme, il existe d'une façon constante dans le sang des scarlatineux pendant les trois jours qui suivent le début de la fièvre, un bacille qui, vingt et un jours plus tard, se retrouve dans les produits de desquamation.

Ce bacille, inoculé avec le poison, aurait produit un érythème suivi de desquamation.

L'auteur anglais aurait en outre fourni la preuve de l'utilité des bains et onctions antiseptiques pendant la période de desquamation dans le but d'éviter la dispersion des germes. — Ch. S.

Sténose par adhérences des orifices de l'estomac. — Les docteurs V. Ritter et V. Hacker rapportent, dans les numéros 37 et 38 de la W. *med. Wochenschrift*, trois observations intéressantes prises dans le service de Billroth. Dans ces trois cas, tous les symptômes faisaient penser à un rétrécissement cancéreux du pylore ; l'opération seule permit de constater que les lésions étaient produites par des brides et adhérences déterminant la sténose.

1° La première observation a trait à un homme de 39 ans, se plaignant de crampes de l'estomac depuis treize années. Depuis huit mois, après une maladie aiguë, le malade était pris de vomissements caractéristiques survenant après chaque repas ; l'amaigrissement était extrême : de 100 kilogrammes, le poids de ce malheureux était tombé à 45. La palpation ne permettait de sentir aucune tumeur. La laparotomie fut pratiquée ; elle permit de reconnaître que l'extrémité pylorique était fixée et attirée en haut, vers le foie, tout près de la vésicule biliaire. Pendant les tentatives de rupture des adhérences, la vésicule s'ouvrit laissant échapper de la bile et des calculs. Il n'y avait aucun rétrécissement néoplasique. Le malade mourut le lendemain.

2° Dans le second cas, il s'agit d'une femme de 35 ans affectée de vomissements et de douleurs stomacales depuis longtemps déjà. L'anorexie, l'amaigrissement avaient commencé depuis trois ans ; enfin, l'exploration de la région avait révélé, il y a trois mois, l'existence d'une tumeur mobile et douloureuse à la pression. Une toux sèche et persistante, quelques sueurs nocturnes rendirent probable le diagnostic de cancer du pylore. A l'ouverture de l'abdomen, on reconnut que la tumeur, du volume d'une petite pomme, avait son siège sur la face antérieure du pylore. C'était une bride qui tirait l'extrémité stomacale du côté de la veine porte. La malade guérit sans incident et jouit depuis trois ans de la plus parfaite santé.

3° L'homme qui fait le sujet de la troisième observation, âgé de 48 ans, maigrissait beaucoup depuis deux mois : anorexie, éructations, vomissements et fortes douleurs stomacales après chaque repas. Sous les fausses côtes, on percevait une tuméfaction mal limitée douloureuse à la pression. L'opération fut décidée. La tumeur, de la grosseur d'une petite pomme, à surface lisse, siégeait près du pylore ; elle était attirée vers le foie par une bride cicatricielle du diamètre d'une plume de corbeau. La tumeur adhérente au pancréas ne pouvait être enlevée ; on se contenta de sectionner la bride au thermo-cautère. Cette section fit disparaître la coudure, le repli formé sur le pylore par la traction et la bride. En invaginant l'intestin et l'estomac à l'aide des doigts, l'exploration fit reconnaître l'absence de tout rétrécissement pylorique ou duodénal. Fort du succès rapporté dans l'observation précédente, l'opérateur ne fit pas de plus longues tentatives. Trois semaines après cette laparotomie, l'état du malade était beaucoup

©BIU Santé

meilleur. Il digérait la viande, les vomissements et les douleurs avaient disparu. En un point de la bride sectionnée on rencontra des cellules épithéliales disposées comme dans une glande en tube. Il est donc fort probable qu'il s'agit dans le troisième cas d'une tumeur cancéreuse; mais il n'en demeure pas moins acquis que la section de la bride a fait cesser les symptômes de sténose du pylore. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de candidature de M. Hardy, pour la section de physique et de chimie;

2° Une lettre de M. le docteur Triaire (de Tours), qui sollicite le titre de correspondant;

3° Une lettre de M. Laumonerie, qui soumet à l'Académie une découverte qu'il croit avoir faite pour distinguer sûrement la mort apparente de la mort réelle. (Comm. : M. Brouardel.)

M. Sappey, président sortant, ouvre la séance par la lecture du discours d'usage, dans lequel il rend compte des travaux accomplis pendant l'année 1887, paye un tribut de regrets aux membres défunts, et souhaite la bienvenue à ceux qui ont été nouvellement élus. — Il invite ensuite M. Hérard, président pour l'année 1888, à prendre place au bureau.

M. le président Hérard remercie l'Académie de l'honneur qu'elle lui a fait en l'élevant à la présidence. — Il demande à l'Académie de voter des remerciements à M. Sappey; il invite ensuite M. Maurice Perrin, élu vice-président pour l'année 1888, à prendre sa place au bureau.

Les allocutions des deux présidents sont accueillies par de nombreux applaudissements.

M. Verneuil présente, au nom de M. le docteur Heydenreich (de Nancy), un volume intitulé : *Thérapeutique chirurgicale contemporaine.*

M. Vidal met sous les yeux de l'Académie une série de spéculums construits par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie.

M. J. Rochard lit, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Marc Sée et Tillaux, un rapport sur une observation de M. le docteur Poncet, de ligature de l'artère iliaque interne pour une tumeur pulsatile de la fesse.

L'opération a été suivie d'un plein succès, comme l'a démontré l'autopsie du malade, qui a succombé par suite d'imprudences commises avant la cicatrisation complète de la plaie opératoire. M. le rapporteur conclut en renvoyant le travail de M. le docteur Poncet à la commission des correspondants nationaux chargés de l'examen des titres des candidats.

M. Hervieux fait un rapport sur un travail de M. le docteur Longo, résidant à Bordi ben Arreridji, dans lequel l'auteur signale les épidémies de variole qu'entretient dans les pays kabyles, et par propagation chez les Arabes, la pratique de l'inoculation variolique.

Le docteur Longo, pour remédier à cette importation de la variole par les Kabyles, émet le vœu que l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'interdire les inoculations varioliques et de rendre obligatoire la vaccination chez les indigènes de l'Algérie.

M. le rapporteur pense qu'une pareille mesure, étant donné le caractère de la race, aboutirait à un échec complet. La propagande, telle qu'elle est pratiquée depuis quinze

©BIU Santé

ans par le service de santé militaire, lui paraît sans contredit le moyen le plus sûr et le plus efficace d'atteindre le but. Il propose la création d'instituts vaccinogènes renfermant un nombre assez considérable de génisses pour subvenir aux besoins de la colonie.

M. le rapporteur propose, en terminant, d'adresser des remerciements à M. le docteur Longo pour sa communication. (Adopté.)

— M. Riche fait une communication relative à la question de la nocuité ou de l'innocuité du nickel.

Après un historique dans lequel il expose les conclusions contradictoires des travaux dont le nickel a été l'objet depuis son emploi à divers usages et en particulier dans les usages culinaires, M. Riche communique les résultats des expériences qu'il a entreprises sur des cobayes et des chiens auxquels il a administré de l'acétate de nickel à une dose qui variait entre 120, 500, 750 milligrammes, 1 gramme 250 milligrammes, 1 gramme 500 milligrammes. Les animaux en expérience n'ont pas paru sérieusement incommodés par suite de l'absorption de cette substance. Un chien, en particulier, qui a été soumis pendant 160 jours à l'usage de l'acétate de nickel, et qui a absorbé en somme, pendant ce laps de temps, 21 grammes de nickel métallique, non seulement n'a pas succombé, mais encore a augmenté de poids.

Il est difficile, dit M. Riche en terminant, de conclure de ces expériences sur les animaux à l'homme; mais l'auteur est porté à penser que l'emploi du nickel pour les usages culinaires ne saurait avoir d'effet nuisible chez l'homme, et il conclut son intéressante communication en déclarant que le nickel n'est pas plus dangereux que le fer avec lequel il a d'ailleurs beaucoup de ressemblance.

M. Riche annonce d'ailleurs une communication ultérieure qu'il se propose de faire à l'Académie sur le même sujet.

— M. le docteur Richelot donne lecture d'un travail intitulé : *Note sur la persistance du canal de Nuck simulant une hernie inguinale.*

Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Léon Le Fort, Polaillon, Tillaux rapporteur.

M. le docteur Laffont donne lecture d'un travail : *Analyse physiologique de l'action de la cocaïne.* (Comm. MM. Constantin Paul, Mathias Duval et Laborde, rapporteur.

— M. le docteur Armand B. Paulier présente des cerveaux humains préparés d'après un procédé qui permet de durcir la masse cérébrale *également* dans toute son épaisseur, sans changement de volume ni de coloration.

Le cerveau ainsi préparé, peut être *à volonté* ramolli dans toute son épaisseur, puis durci, puis ramolli de nouveau, et ainsi de suite, autant de fois que l'exige l'étude d'une région. Il a été possible de faire ainsi dix-sept dissections successives de la région bulbo-protubérantielle et de prendre les moulages de ces dix-sept couches superposées.

A l'état de ramollissement, la substance cérébrale est devenue tellement maniable qu'on peut, à volonté, écarter ou rapprocher les parois des cavités, redresser ou rabattre telle ou telle partie de l'encéphale, disposer en un mot la préparation de manière à pouvoir étudier dans tous leurs détails des régions difficiles à examiner ou même à voir à l'état normal.

Ce procédé, qui peut servir à l'étude détaillée du cerveau, est surtout applicable à la préparation des pièces d'ensemble et aux grandes régions. M. Paulier présente à l'appui vingt-cinq moulages reproduisant une douzaine de régions différentes de l'encéphale.

Il pense que ce procédé est appelé à rendre de grands services pour l'étude intime du cerveau et plus particulièrement pour l'enseignement de l'anatomie cérébrale. Toutes les régions de l'encéphale pourraient être ainsi disséquées, couches par couches, puis moulées ; ces reproductions en relief seraient beaucoup plus démonstratives que des planches ou des photographies, si parfaites qu'elles puissent être.

M. Paulier appelle également l'attention sur l'application de son procédé à l'anatomie pathologique du cerveau ; il permettrait, en effet, de durcir et de disséquer, puis de mouler des cerveaux altérés par de grandes lésions, telles que des hémorrhagies, des

©BIU Santé

épanchements, des tumeurs etc. On pourrait ainsi constituer une collection de moulages fort intéressants au point de vue de la pathologie cérébrale.

M. le docteur Poncet lit un travail sur la *Transparence des tumeurs*.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON PENDANT LES MOIS DE NOVEMBRE ET DE DÉCEMBRE 1887.

Millière (Eugène) : Des fistules urinaires consécutives à la taille périnéale. — Mouisset (Frédéric) : De la sensation de flot dans les épanchements pleuraux. — Merley (V.) : De l'albuminurie intermittente cyclique ou maladie de Pavy. — D'Estienne (Georges) : Contribution à l'étude de la tuberculose de la conjonctive et de la cornée. — Courtout (F.) : Electro-puncture et méthode de Morre dans le traitement des anévrysmes thoraciques. — Deshières-Garnier (Charles) : De la migration des projectiles dans les tissus et de leur diagnostic. — Louis (François) : De l'irréductibilité des phalanges des doigts par la prise en sautoir du tendon fléchisseur.

FORMULAIRE

Médication ténicide. — E. Labbée.

Pour chasser le ténia, chez l'adulte, on dissout 40 à 50 centigrammes de sulfate de pelletiérine dans un peu de sirop simple. S'il s'agit d'un enfant de 8 à 10 ans ou d'un adolescent, la dose du sel est réduite à 25 ou 30 centigrammes. Au-dessous de 8 ans, ce remède serait mal supporté. Il est prudent d'ajouter au mélange ci-dessus, 50 centigrammes de tannin pulvérisé, afin de se rapprocher des conditions d'administration de l'écorce de grenadier. — La veille du jour où le remède doit être ingéré, un peu de lait seulement pour le repas du soir, lavement simple au moment du coucher. Le lendemain, de bonne heure, le malade avale la mixture ténicide, et reste au lit, en ayant soin de garder la position horizontale, pour éviter les vertiges. Au bout d'un quart d'heure ou d'une demi-heure, il absorbe 30 grammes d'eau-de-vie allemande ou une infusion de 10 à 15 grammes de séné. L'huile de ricin à la dose de 30 grammes et le sulfate de soude se sont également montrés efficaces. — Le ténia est généralement expulsé dans l'espace de trois ou quatre heures. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Influence de la cherté de la vie sur la proportion des mariages. — En Angleterre, dans l'année 1885, la moyenne des mariages a été de 14,4 individus pour 1,000 vivants ; c'était la proportion la plus basse depuis l'établissement de l'inscription civile. Dans les périodes antérieures, l'inscription des mariages avait augmenté en raison de l'abaissement du prix de l'alimentation. Mais, dans les dernières années, c'est le chiffre des salaires et non le prix de l'alimentation (le blé), qui a exercé la plus grande influence sur la moyenne des unions conjugales. L'explication de ce fait semble être dans cette circonstance, que la mesure ou les exigences de la vie dans les classes laborieuses se sont élevées considérablement pendant les dix dernières années, de telle sorte qu'elles ne reconnaissent plus la simple suffisance de l'alimentation comme étant de nature à justifier le mariage. En 1885, le prix moyen du blé n'était que la moitié du prix moyen en 1867, alors que la moyenne des mariages était de 16,5 pour 1,000. Les mariages ne sont pas seulement devenus moins fréquents, ils sont reculés à un âge plus avancé que dans les années qui étaient en même temps des années de prospérité et de moyenne matrimoniale élevée. (*The Brit. med. Journ*, 12 nov. 1887). — R.

©BIU Santé

Usage du spectroscope en toxicologie. — Le *Britisch medical Journal* du 12 novembre 1887 rapporte le fait curieux suivant, qui n'est pas sans intérêt au point de vue médico-légal : L'urine rendue par un homme immédiatement avant sa mort présentant une teinte sanguine fut traitée par le sulfide d'ammonium et donna les raies de l'hématine, ce qui indiquait la présence d'un agent réducteur. Un examen ultérieur et divers renseignements apprirent que le défunt s'était empoisonné volontairement avec le chlorate de potasse. Sa vie avait été assurée auprès d'une Compagnie qui refusa de payer en raison du suicide. On n'avait eu aucun soupçon jusqu'au moment de l'emploi du spectroscope, et, sans l'examen spectroscopique, la police d'assurance eût été acquittée. — R.

Mortalité des médecins militaires allemands. — Dans un livre médical consacré à l'histoire de la guerre franco-allemande de 1870, publié récemment par le docteur H.-B. Franklin, l'auteur porte à 88 le nombre des chirurgiens qui ont succombé pendant cette guerre du seul côté des Allemands. (*The Brit. med. Journ.*, 12 nov. 1887.) — R

Crémation. — Une vingt-quatrième crémation a été opérée avec un plein succès à St John's Waking Surrey, le 8 novembre 1887. Il s'agissait d'une femme de 35 ans; et il est à remarquer qu'il ne s'est pas écoulé plus d'une heure et un quart depuis l'introduction du corps dans la chambre de crémation jusqu'au moment où les cendres ont été recueillies. Les cendres pesaient un peu plus de 4 livres anglaises (environ 2 kilogrammes). De ces 24 crémations, 9 ont eu pour sujets des femmes qui en avaient exprimé la volonté. (*The Brit. med. Journ.*, 12 nov. 1887.) — R.

COURRIER

Par décret, en date du 26 décembre 1887, M. Perrens, pourvu du diplôme supérieur de pharmacien de première classe, est nommé professeur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux.

— Par arrêté ministériel, en date du 26 décembre 1887, la chaire de botanique de la Faculté des sciences de Lyon est déclarée vacante.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 6 février 1888, 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 mardi 3 janvier 1888, jusqu'au lundi 28 janvier inclusivement de onze heures à trois heures.

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

Prix de la Société médico-pratique.. — Le prix annuel de la Société vient d'être décerné là MM. Paul Blocq et Gillet, internes des hôpitaux, pour un mémoire intitulé « Des cirrhoses graisseuses considérées comme hépatites infectieuses ». Une somme de 800 fr. a été attribuée à ce prix. — Un encouragement de 200 fr. a été accordé à M. le docteur Liégeois (de Bainville-aux-Saules) pour un travail intitulé Manuel clinique et pratique des hémorrhagies.

— A la suite des élections qui viennent d'avoir lieu le bureau de la Société médico-pratique se trouve constitué ainsi pour l'année 1888 : Président, M. Cadet de Gassicourt ; 1er vice-président, M. Ed. Schwartz; 2e vice-président, M. Michel-Dansac; secrétaire général M. Cyr ; secrétaires annuels, MM. Ory et Richardière.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis-Marie Caradec, ancien médecin de la marine, décédé à Brest le 30 novembre 1887, dans sa soixante-huitième année ; Lafont, médecin du bureau de bienfaisance du XIIIe arrondissement de Paris, et Lefebvre (de Jeumont).

©BIU Santé

INTOXICATION SATURNINE. — M. Armand Gautier vient de présenter au Conseil d'hygiène publique et de salubrité un rapport sur l'empoisonnement saturnin dans le département de la Seine pendant les années 1884, 1885 et 1886. Il résulte de ce document que la moyenne annuelle des empoisonnements n'a été, pendant cette période, que de 239, alors qu'elle s'est élevée à 421 pendant la période triennale précédente et à 552 de 1876 à 1880. Le nombre annuel des malades saturnins a donc diminué, à Paris, de plus de moitié. Cette amélioration, M. le rapporteur l'attribue en partie aux bonnes mesures prises, dans l'intérêt de l'hygiène, par les industriels, et aussi à la disparition de l'usine à céruse de Clichy, qui, après avoir causé la mort d'un certain nombre d'ouvriers, a fini par emporter le dernier directeur.

Les ouvriers les plus gravement atteints sont les peintres, enduiseurs, broyeurs de couleurs, badigeonneurs, qui ont eu 19 morts en trois années sur 481 malades. Cela tient, d'après le rapporteur, à deux causes dont la principale est que les patrons de ces ouvriers, contrairement aux recommandations des hygiénistes, des architectes et des hommes de métier les plus compétents, persistent à employer les couleurs à base de céruse, alors que le sulfure et l'oxysulfure de zinc et surtout l'oxyde de zinc sont reconnus comme dénués de tout danger et comme pouvant être substitués, à l'extérieur, au carbonate de plomb.

Le meilleur moyen de remédier à cet état de choses serait, d'après M. Gautier, que l'Etat et les administrations publiques, aussi bien que les particuliers, n'acceptent avec les entrepreneurs de peintures aucun marché où il ne serait pas formellement stipulé que la céruse et les préparations plombifères ne soient pas employées dans les travaux à exécuter. Le Conseil a approuvé la conclusion de ce rapport et émis le vœu : que M. le ministre du commerce et de l'industrie demande, dans l'intérêt de la santé des ouvriers cérusiers, aux administrations de l'Etat et aux Compagnies de chemins de fer de n'admettre dans leurs adjudications que la céruse broyée à l'eau ou à l'huile, à l'exclusion de la céruse en poudre. (*Gazette hebdom.*)

HÔPITAL A FONTENAY-SOUS-BOIS. — L'emplacement choisi pour l'hospice de Fontenay-sous-Bois, le premier hospice inter-communal fondé en vertu de l'article 116 de la loi municipale du 5 avril 1884 (voy. p. 562), est situé aux lieux dits la Maladrerie et la Fosse-aux-Malades, ce qui permet de supposer qu'il a reçu anciennement une destination analogue. Ce terrain est situé en bordure du chemin de grande communication n° 19, sur le territoire de Fontenay, à égale distance et à une proximité suffisante du centre des agglomérations importantes de Montreuil et de Vincennes. Il est de forme rectangulaire et d'une contenance de 12 000 mètres carrés avec 80 mètres de façade et 150 mètres de profondeur. Les constructions seront ainsi disposées : à l'entrée se trouvera la loge du concierge, à gauche seront deux longs bâtiments reliés au centre par des galeries avec le bâtiment des services généraux. Les deux quartiers (celui de gauche pour les hommes, celui de droite pour les femmes) seront exactement semblables et contiendront sept lits. On emploiera pour les salles de quartier le système dit « Tollet ». D'après les plans de M. Lequeux, architecte, la section sur une salle a la forme d'une ogive mesurant 7m,50 à la base ; la hauteur est de 6m,55 au point le plus élevé. Le cube d'air est de 47 mètres cubes par lit ; la surface de chaque lit est de 7m,50. La dépense totale s'élèvera à environ 320,000 francs, soit 3,000 francs par lit. Le préfet alloue pour la construction de l'hospice une somme de 100,000 francs, qui sera prélevée sur le 1/6 du produit de l'actroi de banlieue. Les trois communes participeront à la dépense dans des proportions différentes au prorata de la population. La part contributive de Vincennes sera environ de 47 p. 100 ; celle de Montreuil, de 43 p. 100 et celle de Fontenay de 10 p. 100. (*Gazette hebdom.*)

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Larroque : Plaies de l'intestin. — Sutures simples. — Guérison. — III. Bibliothèque : L'inspection hygiénique et médicale des écoles. — IV. Revue des Journaux : Vomissements incoercibles de la grossesse. — Hémorrhagie utérine. — V. Nouveau spéculum à valves amovibles. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Notes biographiques sur Jean Méry. — VIII. Formulaire.

BULLETIN

L'Académie de médecine a inauguré ses travaux cette année par la lecture de plusieurs notes intéressantes; l'une de M. Hervieux sur une proposition faite par le docteur Longo (d'Algérie), d'interdire les inoculations varioliques et de rendre obligatoire la vaccine chez les Arabes; une autre de M. Rochard, sur une observation de M. le professeur Poncet (de Lyon) de ligature de l'iliaque interne pour une tumeur pulsatile de la fesse; une autre de M. Poncet lui-même, sur la transparence des tumeurs solides de petit volume; une quatrième de M. Riche, sur le pouvoir peu toxique des ustensiles en nickel employés dans la préparation des aliments; une cinquième de M. L.-G. Richelot, sur un cas de cure radicale d'une hydrocèle chez la femme, guérie en dix jours; enfin de M. Laffont sur l'anesthésie locale par la cocaïne. Le programme des grandes questions que l'Académie aura à discuter cette année comprend la lèpre, la syphilis, la pelade. Nous pouvons prédire dès à présent que les discussions, auxquelles elles donneront lieu, seront suivies avec autant d'intérêt par le public extra-médical que par les membres de l'Académie elle-même.

A la dernière séance de l'Académie des sciences, M. Pasteur a fait savoir, par une lettre, qu'en raison de son état il ne croyait pas pouvoir remplir convenablement ses fonctions de secrétaire perpétuel, et priait l'Académie de vouloir bien le remplacer. Sur la proposition de M. le baron Larrey, l'Académie, voulant donner à M. Pasteur une preuve de sa profonde sympathie et de sa haute estime, a décidé qu'il continuerait à garder le titre de

FEUILLETON

NOTES BIOGRAPHIQUES SUR JEAN MÉRY.

Jean Méry, sur lequel nous avons rappelé récemment l'attention au sujet de la découverte des glandes bulbo-uréthrales, était, il y a deux siècles, un des savants les plus éminents de notre pays. Né en 1645, mort en 1722, membre de l'Académie des sciences dans la section d'anatomie depuis 1684, chirurgien-major des Invalides de 1683 à 1707, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu depuis 1700 jusqu'à sa mort, il fut, d'après Voltaire, l'un de ceux qui ont le plus illustré la chirurgie, et, d'après Portal, le plus laborieux anatomiste de son siècle. Aussi ne s'explique-t-on guère le discrédit dans lequel sont tombés ses travaux, si ce n'est par la trop grande difficulté, l'impossibilité même pour quelques-uns, de se les procurer, et avons-nous suivi avec empressement le conseil que nous a donné notre cher maître, M. Verneuil, de les exhumer des procès-verbaux et mémoires de l'Académie.

La vie de Méry est beaucoup moins connue encore que ses travaux. Fontenelle, dans son *Eloge* de ce savant, nous en donne la raison suivante :

« Après qu'il avait rempli dans la dernière exactitude ses fonctions nécessaires, il se renfermait dans son cabinet, où il étudiait non pas tant les livres que la nature même; il n'avait de commerce qu'avec les morts, et cela dans un sens beaucoup plus étroit

©BIU Santé

secrétaire perpétuel et que, en attendant le rétablissement de sa santé, ses fonctions seraient remplies par un intérimaire.

La commission, nommée pour étudier les réformes à introduire dans le programme des concours pour le Bureau central, vient, après une enquête approfondie qui a duré plusieurs mois, de donner le résultat de ses délibérations. Les modifications introduites portent sur l'admission au concours et sur la nature des épreuves.

Pour l'admission au concours, deux modifications importantes ont été introduites : 1° deux ans de doctorat sont nécessaires, après les quatre années d'internat, pour pouvoir concourir. L'interne médaille d'or est soumis, à cette modification ; mais, comme il a la faculté de pouvoir passer sa thèse pendant les deux années supplémentaires, il se trouve dans les mêmes conditions que ses concurrents à ce point de vue, tout en conservant l'avantage précieux de continuer son internat alors qu'ils sont sortis des hôpitaux.

Par mesure transitoire, seront admis à concourir tous ceux qui ont déjà concouru, même s'ils ne remplissent pas la condition ci-dessus. En outre, toute la promotion d'internes ayant achevé leur internat le 1er février 1887, aura le droit de concourir en 1888. Le règlement nouveau n'aura donc pas d'effet rétroactif.

2° La limite d'âge pour l'inscription sur les registres du concours est fixée à 40 ans.

Ce dernier article est net comme un coup de couperet, un peu trop tranchant même ; sans doute, devant le nombre sans cesse croissant des candidats, on ne peut blâmer les membres de la commission d'avoir élevé une barrière infranchissable pour s'opposer à l'envahissement ; mais de bons esprits, qui ne sont plus candidats, pensent qu'il eût été bon aussi d'excepter de cette mesure radicale ceux qui ont concouru plusieurs fois déjà, et dont quelques-uns présentent des chances sérieuses d'arriver prochainement à la nomination tant désirée. Ce ne sont pas ceux qui ont atteint actuellement ou dépassé la quarantaine qui sont les plus encombrants, car

---

qu'on ne le dit d'ordinaire des savants. Il s'instruisait donc infiniment, mais personne n'en eût rien su, si les opérations qu'il faisait tous les jours n'eussent trahi le secret de son habileté. Ceux qui sont fortement occupés à exercer une profession ou un talent parlent du moins plus volontiers, dans l'intérieur de leur famille, soit de leurs occupations présentes, soit de leurs projets ; on est obligé de les écouter, et ils ont une liberté entière de se faire valoir; mais il n'usait point de ses droits à cet égard; on ne le voyait qu'aux heures du repas, et il n'y tenait point de discours inutiles. Tout était enseveli dans un profond silence, et il est presque étonnant que M. Méry ait été connu. Il n'a rien mis du sien dans sa réputation que son mérite, et communément il s'en faut beaucoup que ce soit assez. »

Aussi les biographes qui ont parlé de Méry, s'appuyant sur ce qu'en avait dit Fontenelle, n'ont-ils rien ajouté aux documents qu'il nous en a donnés; il faut en excepter cependant M. Herpin (de Metz), qui, dans une brochure intitulée : *Notice historique* sur la vie et les travaux de Jean Méry (Paris, 1864), a toutefois ajouté quelques nouveaux détails à ceux donnés par l'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences.

Les recherches auxquelles nous nous sommes livré de notre côté n'ont pas été sans profit, puisque nous avons pu ajouter aux connaissances acquises tout ce qui est relatif au séjour de Méry à l'Hôtel-Dieu, comme compagnon chirurgien d'abord, de 1670 à 1681, puis, comme premier chirurgien, de 1700 à 1722. Mais ce ne fut pas seulement

©BIU Santé

ils sont peu nombreux... mais la commission a dû se dire tout cela, et nous n'avons plus à y revenir ni à faire entendre des plaintes stériles.

Voici maintenant l'ordre, la nature et la cote des épreuves pour les deux concours de médecine et de chirurgie :

MÉDECINE. — *Epreuves d'admissibilité.* — Composition écrite, 30 points ; épreuve clinique sur un malade, 20 points.

Epreuves d'admission. — Epreuve orale, 20 points ; épreuve clinique sur deux malades, 30 points.

CHIRURGIE. — *Epreuves d'admissibilité.* — Composition écrite, 30 points ; épreuve clinique, 20 points ; consultation écrite, 30 points.

Epreuves d'admission. — Médecine opératoire, 30 points ; épreuve orale (pathologie externe), 20 points ; épreuve clinique, 20 points.

Les autres articles du règlement ancien ont été conservés.

Une autre question, qui intéresse aussi le corps médical des hôpitaux, a été résolue dernièrement devant la Société de Médecine publique et d'hygiène professionnelle. M. Peyron, directeur de l'Assistance publique, avait demandé à la Société ses avis relativement à un projet de construction de pavillons d'isolement dans les terrains dépendant de l'hôpital Trousseau. Quatre pavillons devaient être affectés à la scarlatine, la coqueluche, la diphthérie, la rougeole ; de plus, on aurait consacré un pavillon aux douteux, un autre aux teigneux, un autre à une consultation externe, etc. A la suite de la discussion d'un rapport rédigé sur ce projet par le docteur A.-J. Martin, la majorité de la Société s'est ralliée à l'opinion que l'espace proposé est insuffisant pour l'édification de quatre pavillons d'isolement pour des maladies différentes. — L.-H. P.

Plaies de l'intestin. — Sutures simples. — Guérison.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 12 novembre 1887,

Par M. le docteur LARROQUE.

L'antisepsie n'en est plus à faire ses preuves ; néanmoins, il n'est pas

---

comme chirurgien que Méry brilla à l'Hôtel-Dieu, ce fut encore comme accoucheur et comme anatomiste.

Ce sont ces documents que nous allons résumer dans le présent article.

Entré à l'Hôtel-Dieu à 18 ans comme élève chirurgien, après avoir reçu les premiers éléments de l'art sous la direction de son père, maître chirurgien à Vatan, dans le Berry, Jean Méry fut reçu compagnon chirurgien le 25 mars 1670, sur la présentation de son certificat de capacité ; mais il n'en prit les fonctions que le 20 avril 1672, après la démission de son camarade François Patin. Il les conserva jusqu'au mois d'août 1681, et les résigna alors parce qu'elles embrassaient trop de services et qu'il se trouvait ainsi obligé d'en négliger certaines parties. En effet, en 1673, il est chargé des accouchements ; en 1679, des opérations de la taille ; en 1680, de l'instruction des apprenties sage-femmes. Le pansement des blessés et opérés devait nécessairement en souffrir ou être abandonné à des subalternes ; aussi le chirurgien en chef, Jacques Petit, se plaignit-il de sa négligence à faire ses gardes et ses visites ; le Bureau crut devoir réprimander Méry, qui aima mieux se retirer de l'Hôtel-Dieu que de ne pouvoir satisfaire à tout ce qui lui était demandé.

Méry avait déjà à cette époque une situation prépondérante sur ses camarades et son habileté comme chirurgien, alors qu'il n'était encore que simple compagnon, est attestée par le fait suivant :

Collo ayant refusé de faire l'opération de la taille à l'Hôtel-Dieu et Thierry son successeur étant malade, Méry fut chargé de ce service par les administrateurs, qui le préfé-

©BIU Santé

sans intérêt de citer un nouvel exemple des services qu'elle peut rendre dans des opérations faites en dehors de toute méthode classique, et dans les conditions les plus défectueuses. C'est à ce titre que nous donnerons la relation d'un fait observé par nous durant notre internat à Charenton.

Observation. — Emile W..., âgé de 20 ans, reçoit à la suite d'une rixe, le 15 mars 1883, à onze heures et demie du soir, un coup de couteau dans la région iliaque droite. A peine blessé, on le mène chez un pharmacien, où il perd connaissance. M. le docteur Sallefranque, vu l'état grave du blessé, le dirige sur notre hôpital.

Appelé à une heure du matin, je trouve V... couché au n° 8 de notre salle de chirurgie. Son visage est pâle, couvert de sueur; il est prostré, semble peu souffrir et éprouve quelques légers frissons. En le découvrant, nous constatons, dans la région iliaque droite, un gros paquet d'intestins s'échappant par une plaie de 6 centimètres, située à trois travers de doigt de l'épine iliaque antéro-supérieure. Cette masse d'intestins est froide et n'est point animée de contractions péristaltiques; elle est couverte de sang, de détritus de sable, terre, etc.; elle sent légèrement l'urine.

Après nous être lavé les mains et avoir placé nos instruments dans une solution forte d'eau phéniquée, nous procédons au nettoyage des anses intestinales. Nous nous servons pour cela d'une solution d'alcool phéniqué à 10 p. 100 délayée dans deux tiers d'eau bouillie, de façon que la solution soit à 40° environ. Très minutieusement, nous lavons une à une les anses faisant saillie, d'abord par leur bord libre, ensuite par leur bord adhérent; nous agissons de même pour les parties du mésentère qui ont suivi les anses intestinales. Nous enlevons très soigneusement tous les détritus, nous servant d'une pince pour ceux qui sont trop adhérents. Bientôt nous découvrons deux plaies.

La première siège au bord libre, elle suit la direction du canal intestinal, sa longueur est de 3 centimètres. L'intestin à ce niveau est affaissé, la muqueuse fait hernie et laisse voir ses villosités. En détergeant cette blessure, nous voyons que deux petits vaisseaux saignent, nous y appliquons deux pinces hémostatiques; puis, mettant en regard les deux lèvres de la plaie, nous voyons qu'elles se correspondent et sont coupées en ligne droite.

La deuxième plaie est à quelques centimètres de la première, sur une autre anse. Elle siège encore sur le bord libre, elle a aussi une longueur de 3 centimètres, et présente à peu près les mêmes caractères que la précédente. Je fais la torsion d'un petit

---

rèrent comme le plus capable, à de plus anciens compagnons. Ceux-ci ayant réclamé, le Bureau leur donna tort, disant que lorsqu'il y va de la vie des pauvres malades, il faut moins considérer l'ancienneté des compagnons que leur capacité (13 décembre 1679).

Cette décision du Bureau de l'Hôtel-Dieu ne fut peut-être pas étrangère à la plainte que Jacques Petit porta deux années plus tard contre son élève. En effet, comme on vient de voir, la prééminence de Méry sur ses camarades, consacrée par cette décision, suscita parmi eux une certaine jalousie, dont ne fut peut-être pas exempt le maistre chirurgien; celui-ci, en effet, réclama pour lui-même le droit de pratiquer la taille; bien qu'il eût près de 70 ans, il ne voulait céder aucune de ses prérogatives, et les maintint jusqu'au moment où, ses forces trahissant son courage, il dut reconnaître à 89 ans, un peu contraint par le Bureau de l'Hôtel-Dieu, que l'heure de la retraite avait sonné pour lui. De là certainement, entre le maître toujours désireux de pratiquer la chirurgie et l'élève conscient de sa valeur et impatient de la tutelle qu'il subissait, une sourde lutte qui dut se terminer par la défaite de Méry. Cependant son maître devait avoir de son talent une haute estime; car, lorsque vingt ans plus tard il fut question de choisir un nouveau premier chirurgien pour l'Hôtel-Dieu, Jacques Petit, consulté, donna un avis favorable à son ancien élève.

Fontenelle nous dit que pendant son séjour danc cet hôpital il consacra son temps à l'étude de l'anatomie et des opérations chirurgicales sur le cadavre, ce qui n'était pas alors sans danger, puisque Méry en était réduit à dérober un mort quand il le pouvait, et

©BIU Santé

vaisseau artériel qui envoie un jet de sang, et je place deux pinces pour achever l'hémostase.

Nous attirons à nous d'autres anses renfermées dans l'abdomen, afin de voir s'il n'existe pas d'autres plaies, toujours en procédant à un nettoyage minutieux; nous ne voyons rien. A ce moment, les intestins commencent à se contracter, le patient accuse quelques légères coliques. Il est deux heures et demie du matin.

Nous retirons les pinces hémostatiques; les bords des deux plaies ne saignent plus. Tout étant bien propre, nous procédons à la suture des plaies intestinales. Bien que nos aiguilles soient grosses et plates, que le catgut soit très fort, nous choisissons le procédé de Lembert. Dès que nous voulons nouer le premier point, nous voyons la séreuse céder et se déchirer. Nous faisons alors la coaptation bien exacte des deux lèvres de la plaie, de façon que les deux séreuses, les deux muqueuses, en un mot les différentes tuniques de l'intestin soient bien en regard l'une de l'autre, et nous passons des points de suture séparés en comprenant la totalité des parois. Avant de serrer les fils, nous avons bien soin de repousser en dedans la muqueuse avec une sonde cannelée de telle sorte qu'après la suture la séreuse seule est apparente. Pour la première plaie, nous appliquons six points; pour la deuxième cinq.

Après avoir bien détergé la plaie abdominale, nous réduisons les anses d'intestin, et nous réunissons la paroi par cinq points de suture en fils d'argent. Pansement phéniqué. Il est quatre heures du matin. Nous donnons à notre blessé deux pilules d'extrait thébaïque de 5 centigrammes, à un quart d'heure d'intervalle.

16 mars. — Il reste assoupi jusqu'à huit heures du matin. Comme il tousse, on lui donne une potion calmante, mais il la vomit quelques instants après. Température axillaire, 37°1. Après la visite du matin, il demande à boire. On lui donne un verre de café mêlé d'eau. Toutes les heures, une pilule d'extrait thébaïque de 1 centigramme. A quatre heures de l'après-midi, T. A. 38°. Il passe une nuit assez bonne.

17 mars. — Le malade tousse et il est facile de constater une bronchite. Potion calmante, qui cette fois est tolérée, avec des pilules d'extrait thébaïque de 1 centigramme toutes les deux heures. T. A. matin, 37°2. Il est assoupi, et se réveille de temps en temps pour boire. La soif est moins ardente que dans la journée précédente. T. A. soir, 38°2.

18 mars. — T. A. 37°1. Il tousse davantage; il y a des gaz, mais pas de garde-robes.

19 mars. — 37°4. La toux est un peu moindre, la langue est bonne, la douleur nulle.

---

que, pour le conserver, il le cachait pendant le jour dans son lit et passait la nuit à le disséquer en grand secret.

Méry n'était cependant pas le seul à agir ainsi; tous ceux qui voulaient disséquer en étaient réduits à cet expédient, et les Registres de l'Hôtel-Dieu renferment plusieurs mention des plaintes qui furent faites aux administrateurs au sujet de l'enlèvement des cadavres par les étudiants. Ceux-ci n'attendaient même pas toujours pour cela que les malades fussent morts.

Ainsi, le 11 janvier 1679, un compagnon chirurgien emporte un enfant pour le disséquer; craignant d'être surpris, il le laisse tomber, on le ramasse et on s'aperçoit qu'il n'est pas mort. Il survécut encore environ deux heures. Le 8 janvier 1681, deux individus qu'on croit être chirurgiens externes de l'Hôtel-Dieu enlèvent un moribond sur les sept heures du soir; mais, surpris probablement comme le précédent, ils l'abandonnent sur le pont et les religieuses vont le chercher; il était encore en vie, transi de froid, avec une grave blessure à la tête. Il survécut quatre heures.

C'est probablement pour remédier à ces abus, dont il connaissait mieux que personne les inconvénients, que Méry voulut réglementer plus tard les exercices d'anatomie, lorsqu'il fut nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. Mais il n'y parvint qu'imparfaitement, car, au bout de quelques années, nous les voyons se reproduire, peut-être parce que Méry dirigea avec moins de zèle ces exercices vers la fin de sa vie, et les vols de cadavres recommencèrent.

Nous trouvons, en effet, dans les Registres manuscrits de l'administration de l'Hôtel-

©BIU Santé

Le malade prend du lait, du bouillon et six pilules de 1 centigramme d'extrait thébaïque dans la journée. Urines normales. Malgré les doses prolongées d'opium, on n'observe aucun trouble du côté des pupilles. T. A. le soir, 37°4. Comme boisson, on donne du café noir avec de l'eau de Seltz.

20 mars. — 37°2 le matin et 37 le soir. La bronchite diminue, il y a toujours des gaz sans garde-robes; même régime.

23 mars. — Après l'administration d'un lavement d'huile d'amandes douces, il va deux fois à la selle. On enlève les fils d'argent; on continue le même régime, mais on supprime l'extrait thébaïque.

Les jours suivants, les garde-robes continuent; le malade s'alimente de mieux en mieux; il se lève le 28 mars, et nous quitte le 30 pour aller à Vincennes.

Nous avons pu suivre notre malade. Vers la fin de l'année 1885, il était très bien portant. Depuis lors, il n'a jamais ressenti aucun trouble du côté des voies digestives et sa santé est excellente.

RÉFLEXIONS. — On voit que ce malade a guéri presque sans fièvre, malgré une suture quelque peu fantaisiste, malgré une bronchite assez intense, malgré une opération faite la nuit avec un mauvais éclairage et l'aide de deux infirmiers. Certes, on doit tenir compte de la santé préalable de notre sujet, de sa jeunesse, de sa bonne constitution, mais nous croyons, avant tout, que la guérison est due au lavage antiseptique de son intestin. C'est après avoir passé près de deux heures à le nettoyer, et après trois heures d'opération, que nous avons quitté le blessé. Quant à l'entérorrhaphie, elle n'a pas été classique, elle a été suffisante. Nous n'avions pas d'aiguilles fines, rondes, pas de catgut fin ni de fil de soie antiseptique; nous avons fait une suture simple à points séparés avec du gros catgut.

On doit ajouter que les plaies étaient petites; or, comme le dit M. Desprès, dans son article du *Dictionnaire de Jaccoud* (art. INTESTINS, tome XIX, page 224), les petites plaies guérissent parfois spontanément sans sutures, malgré la hernie de la muqueuse.

Quoi qu'il en soit, c'est là un succès dont tout l'honneur, j'en suis convaincu, revient à l'antisepsie.

Dieu, à la date du 10 août 1715, que le nommé La Roche, chirurgien externe du sieur Méry, fut surpris dans la nef de l'église de l'Hôtel-Dieu, emportant sous son manteau le corps d'un enfant mort, de l'âge d'environ trois ans, qu'il avait volé dans la salle des morts. Les membres du bureau firent comparaître le coupable devant eux ; on se contenta de le réprimander pour cette fois, avec défense de récidive, sous peine d'être mis en justice.

A la suite de cet incident, Méry et son survivancier Thibault furent mandés devant le Bureau ; on leur reprocha d'avoir négligé les exercices d'anatomie pendant l'hiver précédent, et on leur ordonna d'exécuter le règlement, à l'avenir, ponctuellement.

Ce règlement ne fut promulgué qu'en décembre 1706, bien que l'amphithéâtre d'anatomie de l'Hôtel-Dieu ait été construit peu après la nomination de Méry comme chirurgien en chef, car il est maintenu dans les Registres pour l'année 1701.

Voici ce règlement, peu connu, et dont l'ordonnance ne laisse guère à désirer.

Le maistre chirurgien de l'Hostel-Dieu Méry estant venu au Bureau se plaindre du peu d'ordre qui estait gardé par quelques chirurgiens de la maison dans les exercices d'anatomie, et ayant proposé divers moyens d'y remédier, il a supplié messieurs de faire un règlement sur ce sujet et de vouloir bien l'appuyer de leur autorité ; sur quoy la compagnie après en avoir délibéré, a ordonné que :

Le maistre chirurgien commencera tous les ans les exercices d'anatomie immédiatement après la feste de la Toussaint, et les finira la veille du dimanche des Rameaux ; les corps dont on fera l'anatomie ne seront plus pris que dans la salle des morts, *sur la*

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

L'INSPECTION HYGIÉNIQUE ET MÉDICALE DES ÉCOLES, par le docteur MANGENOT.
1887, Paris, G. Masson.

Chargé par la commission d'hygiène scolaire de la Société d'hygiène publique d'exposer aux membres de cette Société « l'état actuel, en France et à l'étranger, de l'inspection des écoles, et de leur soumettre, comme conséquence de cette étude, un plan d'organisation pouvant s'appliquer à toutes les écoles de France, » l'auteur est naturellement amené à diviser son rapport en trois parties.

Dans la première, il expose ce qu'est à l'heure actuelle l'inspection hygiénique et médicale dans les écoles des divers pays des deux mondes. Pour mener à bonne fin cette tâche, que rendait difficile la rareté des ouvrages publiés à ce sujet, il a sollicité des renseignements auprès des médecins et des hygiénistes d'Europe et d'Amérique : nous voyons ainsi défiler d'Allemagne, l'Angleterre, la Belgique, les Etats-Unis, l'Italie, la Russie, la Suisse, etc., et nous pouvons comparer l'organisation sanitaire de tous les Etats du globe, avec les défauts et les qualités qu'elle y présente.

La seconde partie est consacrée à l'exposition de l'inspection sanitaire des écoles en France, telle qu'elle existe aujourd'hui. Les renseignements fournis par l'auteur sont aussi exacts qu'on peut le souhaiter, puisqu'ils sont basés sur les réponses faites par tous les préfets à un questionnaire spécial qui leur avait été adressé par M. Buisson, directeur de l'enseignement primaire. Ils montrent malheureusement que, dans 35 départements, aucune suite n'a été donnée à la circulaire ministérielle du 14 novembre 1879 qui définissait les attributions des médecins inspecteurs; que, dans 5 départements, des arrêtés ont été pris, mais n'ont pas été exécutés; que, dans les 12 suivants, les arrêtés pris ont reçu un commencement d'exécution, mais le service laisse à désirer et les rapports ne sont pas régulièrement envoyés; que, dans 10 départements seulement, l'inspection est régulièrement faite. A Lyon, enfin, et à Paris, l'inspection rend de grands services; pourtant, dans cette dernière ville, le nombre des médecins inspecteurs est trop faible relativement à la population scolaire, ou leur traitement trop peu élevé, pour qu'on puisse exiger d'eux des visites assez fréquentes et consciencieuses.

Ces imperfections conduisent le docteur Mangenot à rechercher « ce que doit être l'inspection sanitaire des écoles »; c'est la troisième partie et le chapitre le plus original

---

demande qu'en fera le maistre chirurgien à la mère prieure et de son consentement par écrit; défenses à tous chirurgiens d'enlever autrement de cette salle, ni d'aucune autre, à peine d'être congédié; toutes les préparations des parties se feront depuis huit heures du matin jusqu'à onze, et les démonstrations depuis deux heures après midy jusqu'à trois; défenses faites à tous les compagnons de faire aucune préparation ou démonstration pendant la nuit ni ailleurs qu'à l'amphithéâtre; le maistre et le compagnon gagnant maistrise avertiront les compagnons de se rendre à l'amphithéâtre, pour être présens aux préparations qu'ils feront; et les compagnons seront tenus d'avertir tous leurs externes d'assister aux démonstrations que le maistre et le gagnant maistrise feront publiquement à tous les chirurgiens de l'Hostel-Dieu;

Le maistre fera disséquer les six premiers compagnons, chacun desquels fera venir ses propres externes pour être présens aux préparations qu'il fera, et démonstrera ensuite les parties qu'il aura préparées devant tous les autres compagnons externes, qui seront tenus de se rendre à l'amphithéâtre à cet effet; il fera aussi disséquer et travailler les six derniers compagnons, qui seront pareillement obligez de faire venir chacun leurs externes, pour être présens aux préparations qu'ils feront, sans néantmoins que les six derniers compagnons puissent faire aucune démonstration publique;

Enjoint au maistre, et en son absence au compagnon gagnant maistrise, d'assister aux démonstrations publiques que feront les six premiers compagnons pour observer ce qui s'y passera et faire garder aux compagnons et aux externes le silence et la modestie nécessaires; les chirurgiens qui ne sont point de l'Hostel-Dieu et toutes autres personnes

©BIU Santé

de son travail. Partant de ce principe que « l'inspection ne doit avoir qu'un objectif, l'écolier, et qu'un but, favoriser et même provoquer son développement physique parallèlement à son développement intellectuel », il formule d'abord son programme, qui envisage successivement l'école et ses dépendances (emplacement, construction, propreté, température, aération), les écoliers en général (relativement surtout aux maladies contagieuses), l'écolier en particulier (myopie, surdité, déformation du squelette, dentition, état général de la constitution, gymnastique, chant, nourriture, revaccination, etc.). Puis il indique les moyens d'appliquer ce programme, d'organiser sérieusement l'inspection des écoles, et donne en terminant plusieurs modèles des rapports qu'il voudrait voir exiger des médecins qui en sont chargés.

En somme, cette brochure, riche en documents et en aperçus nouveaux, intéressera non seulement les médecins déjà pourvus d'un service d'inspection, mais aussi tous ceux que préoccupe la question du relèvement physique des populations françaises.

P. D.

REVUE DES JOURNAUX

Vomissements incoercibles de la grossesse. — On lit dans le numéro de novembre 1887 de *The american Lancet* le fait suivant très curieux, rapporté par le docteur Chazan : Une femme enceinte était tourmentée par des vomissements rebelles, et l'on ne pouvait trouver aucune cause pathologique qui expliquât ces vomissements. Toutefois, elle ne pouvait se consoler d'être enceinte. On la soumit à l'éthérisation ; puis, on lui fit croire qu'on l'avait délivrée de son fœtus. Les vomissements cessèrent immédiatement, le docteur Chazan conclut de ce fait que, dans la plupart des cas, les vomissements incoercibles de la grossesse sont peut-être produits par une affection du système nerveux ou de l'esprit, et non par une condition anormale des organes génitaux, comme plusieurs pathologistes le croient. — R.

Hémorrhagie utérine. — Le fait suivant doit être mis sous les yeux des praticiens. Une jeune femme fut délivrée naturellement de son second enfant. L'action utérine avait été très énergique. Le placenta fut expulsé sans aucune difficulté, et l'utérus se contracta d'emblée et devint très ferme. Cependant, il survint une hémorrhagie violente, qui retint l'accoucheur auprès de la patiente pendant une couple d'heures, bien

---

n'auroient point entrée dans l'amphithéâtre sans permission par écrit de messieurs; si quelqu'un des chirurgiens internes ou externes contrevient au présent règlement, le maistre chirurgien lui défendra de travailler jusques au premier jour de Bureau, où le contrevenant sera mandé, pour être la première fois privé de la nourriture, interdit du travail et de l'amphithéâtre pendant un temps, et même en cas de récidive, congédié de la maison suivant les cas.

Le present réglement sera lu par le maistre à tous les chirurgiens et affiché dans l'amphithéâtre, afin qu'aucun ne le puisse ignorer.

Comme accoucheur, Méry fut le héros d'une aventure qui aurait pu tourner au tragique et que les Registres de l'Hostel-Dieu nous racontent de la manière suivante :

1679. *28 juin.* — Le sieur Perreau (administrateur de l'Hôtel-Dieu) a dit qu'une femme est venue à l'Hostel-Dieu trouver le sieur Méry, un des compagnons chirurgiens d'iceluy pendant qu'il travailloit, et la prié de lui penser un doigt où elle dizoit avoir du mal que ledit Méry n'y a point trouvé. Quelle a atendu quil eust achevé ses pensements pour lui donner une lettre qui le priait de la part de madame Bertrand sage-femme, d'aller adsister une femme en travail dans la rue Saint-Jacques; quy estant alé il a trouvé que ladvis nestoit pas véritable et revenant à l'Hostel-Dieu il a esté ataqué par deux soldats qui ont voulu le contraindre à les suivre, ce que refuzant de faire ils lui ont fait violence; mais le peuple qui sest amassé les en a empesché; qu'il a esté conseillé d'en faire sa plainte au commissaire qui en a informé et doit décréter contre ladite

©BIU Santé

qu'en même temps l'utérus fût dur et l'action rythmique légère. Cette femme, à son premier accouchement, avait eu une hémorrhagie très grave, qui l'avait mise en danger pendant trois jours. La première nuit de son mariage, elle avait été prise d'une perte de sang si abondante, qu'il avait fallu aller chercher un médecin. Etant jeune fille, elle était sujette à des épistaxis sérieuses, mais n'avait jamais eu d'hémorrhagie par suite de plaie. Une sœur de cette malade avait eu également des épistaxis abondantes et était morte phthisique. On ne cite aucun cas d'hémophilie parmi les mâles de la famille (*The British med. Journ.*, 12 novembre 1887.) — R.

Nouveau spéculum à valves amovibles

BREVETÉ S. G. D. G.

De Ch. Dubois, fabricant d'instruments de chirurgie,

Présenté à l'Académie de médecine dans la séance du 3 janvier 1888

Par M. le docteur Vidal, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie.

Le *spéculum à valves amovibles* de Ch. Dubois répond à toutes les indications et à toutes les nécessités de la pratique médicale, en évitant aux praticiens la nécessité d'avoir une série de spéculums de formes et de grandeurs diverses.

La partie essentielle en est constituée par la pièce (fig. 1) qui est destinée à recevoir dans le carré B B toutes les valves de rechange qui y sont fixées par la vis A. Les deux valves, réunies sur cette pièce, constituent le spéculum complet (fig. 2). Il résulte de cette disposition qu'avec six valves de différentes grandeurs, on obtient trois spéculums variés, ce qui est suffisant dans la pratique courante : spéculum pour vierge, spéculum pour examen, spéculum pour opération.

En outre, le mode de disposition des valves permet de les employer, sans complication pour l'appareil, comme valves de Sims. A cet effet, M. Ch. Dubois a construit (fig. 3) un manche destiné à recevoir chacune de ces valves qui s'y trouve fixée au moyen de la vis A.

---

femme quil reconoistra bien sil la rencontre et non les soldats à cauze de la surprise où il estoit.

La fin du séjour de Méry à l'Hôtel-Dieu fut marquée par une discussion importante entre le Bureau, son survivancier, et lui-même. Comme membre de l'Académie des sciences, Méry appuya une demande faite par quelques-uns de ses collègues, afin d'obtenir la permission d'emporter des fragments de cadavres pour les disséquer. Mais le Bureau se déclara pour l'opinion de Thibault, et refusa la permission, dans la crainte que les pauvres n'osassent plus venir se faire soigner à l'Hôtel-Dieu, où ils pourraient servir aux anatomistes en cas de décès.

Nous ne voulons pas insister davantage ici sur Méry, dont nous avons retracé la biographie dans tous ses détails en tête de l'édition de ses *Œuvres complètes*.

L.-H. Petit.

Mixture apéritive.

Vin de gentiane	150 grammes.
Vin de rhubarbe	50 —
Alcoolature de racine d'aconit	2 —
Essence d'anis	10 gouttes.

Mêlez. — Une cuillerée à bouche de ce mélange, à la fin du principal repas, lorsque l'absence d'appétit coïncide avec de la constipation et du tympanisme. — N. G.

©BIU Santé

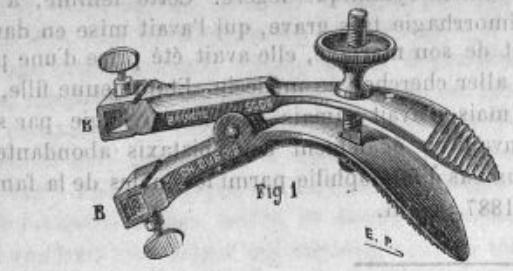


Fig 1

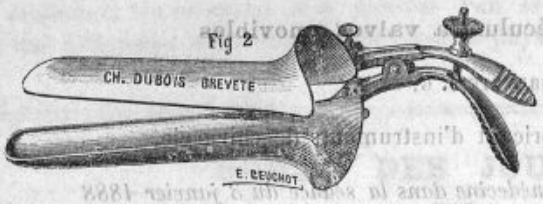


Fig 2



Fig 3

En résumé, voici les avantages du nouvel instrument :

1° Nettoyage certain et facile, assurant par suite une antisepsie absolue.

2° Réunion, sous un petit volume, de trois spéculums, variés de grandeur et de six valves de Sims.

3° Enfin, le prix de l'instrument complet, tel qu'il vient d'être décrit, est de beaucoup inférieur à ce que coûteraient les instruments actuels qu'il remplace avec avantage.

COURRIER

Par décrets, en date du 29 décembre 1887, ont été nommés ou promus dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Vedrènes, médecin inspecteur directeur du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée.

Au grade d'officier. — M. Forné, médecin en chef de la marine; M. Nogier, médecin principal de première classe à la division d'occupation du Tonkin et de l'Annam; MM. les médecins principaux de première classe Chabert, Badour et Vallin; M. Teinturier, médecin principal de deuxième classe; MM. Baldy, médecin-major de première classe et Cothon, pharmacien-major de première classe; M. le professeur Dupré (de Montpellier).

Au grade de chevalier. — MM. Fontan, médecin-principal de la marine; Bohan, Cantellauve, Roux, Pascalis et Léo, médecins de première classe de la marine; Taillotte, pharmacien de première classe de la marine; Hillairet, premier maître infirmier de la marine. — MM. les médecins de première classe Bailby, Dissot, Maugenot, Goubeau et Lefort; M. Prestat, pharmacien-major de deuxième classe; MM. Renard, Melnotie et Lucas, médecins-majors de deuxième classe; Mme Terme (en religion sœur Yacinthe), supérieure de l'hôpital d'Hanoï; M. Cauvet, pharmacien principal de première classe de l'armée territoriale; Mlle Nicole, surveillante de première classe et directrice de l'école des jeunes filles idiotes et épileptiques à l'hospice de la Salpétrière, à Paris.

— Par décret, en date du 30 décembre 1887, sont nommés chevaliers de la Légion d'honneur : MM. les docteurs Cayrol et Feltz, anciens médecins militaires.

— Par décision ministérielle, en date du 28 décembre 1887, M. du Cazal, médecin principal de deuxième classe, a été nommé professeur de législation, d'administration et de service de santé militaire, à l'Ecole d'application de médecine et de pharmacie militaires.

— Par arrêté ministériel, en date du 29 décembre 1887, ont été nommés :

1° *Officiers de l'Instruction publique.* — MM. Bryon, médecin militaire en retraite; Gasné,

©BIU Santé

docteur en médecine à Paris ; Gobert, docteur en médecine à Campet-et-la-Molère ; Gueit-Dessus, docteur en médecine à Paris ; Malterre, docteur en médecine à Paris ; Vedrine, docteur en médecine à Versailles ; Laboulbène, professeur à la Faculté de médecine de Paris ; Bouchardat, professeur à l'Ecole supérieure de pharmacie de Paris ; Perrens, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Delabost, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Padieu, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Rollet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Spillmann, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Thouvenet, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges ; Trastour, professeur à l'Ecole de médecine de Nantes ; Blaise, secrétaire honoraire de la Faculté de médecine de Montpellier ; Mangenot, médecin inspecteur des établissements scolaires de la ville de Paris ; Favard, pharmacien à Sancerre.

2° *Officiers d'Académie.* — MM. les docteurs Aillaut, à la Ciotat ; Belleau, médecin-major de première classe à la section technique du service de santé ; Benoît du Martouret, à Paris ; Bertheau, à Pouancé ; Billot, à Corrèze ; Clochepin, à Beauvais ; Cohadon, à Vichy ; Colard, à Ornans ; Couyba, à Sainte-Livrade ; Danjou, à Boulogne-sur-Seine ; Denouh, à Paris ; Durand, à Arcueil ; Filladreau, à Paris ; Gauthier, à Charolles ; Th. Goureau, à Paris ; Guyochin, à Nitry-Nory ; Hugonneau, à Saint-Mathieu ; Lalesque, à Arcachon ; Lapeyre, à Savigny-sur-Bray ; Laurand, médecin-inspecteur des Ecoles à Paris ; Lemoine, à Granville ; Marcet, à Paris ; Mauny, à Mortagne ; Nogier, médecin principal de première classe ; Pagnier, à Noisy-le-Grand ; Pascal, méd. en chef de l'hôp. de Sontay ; Piogey, à Paris ; Porcher, à Chabris ; Prengrueber, à Palestro ; Quinqueton, à Paris ; Speckahn, à Renwez ; Suss, à Paris ; Tournatoire, à Pertuis ; Villedary, méd.-major de deuxième classe ; Gages, à Paris ; Fabreguette, à Saint-Chamond ; Bonnet, préparateur au Muséum ; Ribemont-Dessaignes, Landouzy et Villejean, agrégés près la Faculté de médecine de Paris ; Laget, professeur à l'Ecole de médecine de Marseille ; Rey, professeur à l'Ecole de médecine d'Alger ; Lefour, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Delouey, professeur à l'Ecole de médecine de Rouen ; Deroye, professeur à l'Ecole de médecine de Dijon ; Leloir, professeur à l'Ecole de médecine de Lille ; Lambling, agrégé près la Faculté de médecine de Lille ; Bernard, professeur à l'Ecole de médecine d'Amiens ; Tripier et Fochier, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon ; Rohmer, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Ledouble, suppléant à l'Ecole de médecine de Tours ; Lhuissier, professeur à l'Ecole de médecine de Rennes ; Charpy, professeur à l'Ecole de médecine de Toulouse ; Donnezan, à Perpignan ; Valser, suppléant à l'Ecole de médecine de Reims ; — M. Morel, officier de santé, à Campagne-les-Hesdin ; — MM. les pharmaciens Delisle, à Etampes ; Sommier, au Chambon-Feugerolles ; Truelle, à Trouville ; Bourquelot, préparateur à l'Ecole de médecine de Reims.

— Par arrêté préfectoral, en date du 27 décembre 1887, M. le docteur Dujardin-Beaumetz est nommé vice-président du comité d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

Faculté de médecine de Paris. — La commission chargée d'examiner les ouvrages présentés pour le concours du prix Chateauvillard a décidé de décerner ce prix, de la valeur de 2,000 francs, de la manière suivante : 1° Un prix de 1,200 francs à M. le docteur L.-H. Petit, pour son livre intitulé : *Essais de bibliographie médicale;* 2° un prix de 800 francs à M. le docteur Ozanam, pour son livre intitulé : *La circulation et le pouls.*

— M. le professeur Farabeuf est dispensé, du 1er janvier au 31 octobre 1888, du service des examens.

M. Alard est nommé préparateur adjoint du laboratoire de chimie, en remplacement de M. Chabrié, démissionnaire.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour deux places de chirurgien des hôpitaux, vient de se terminer par la nomination de MM. les docteurs E. Monod et J. Courtin.

Ecole de médecine d'Angers. — M. Tehzée, pharmacien de première classe, est institué chef des travaux physiques et chimiques.

Bureau de bienfaisance de Lyon. — Le 23 décembre dernier s'est terminé à l'Hôtel-

©BIU Santé

Dieu et devant le jury composé de MM. Bard, Carrier, Perret, Poncet et Vinay, le concours pour trois places de médecin du bureau de bienfaisance.

Ont été nommés par ordre de mérite : MM. Charmeil, Meurer et Raymond. Les épreuves ont été excellentes, à ce point que tous les candidats, au nombre de 11, ont donné exactement le diagnostic des malades qui leur étaient soumis, toutefois avec des variantes dans la perfection de l'épreuve.

D'autre part, nous apprenons que le Dispensaire général de Lyon s'est enfin décidé à recourir au concours pour la nomination de ses médecins. Nous ne pouvons qu'approuver une pareille mesure. (*Lyon médical*).

Nécrologie. — Nous apprenons la mort de M. le docteur Alphonse Bertherand, médecin principal des armées, membre correspondant de l'Académie de médecine, directeur-fondateur de la *Gazette médicale de l'Algérie*. M. Bertherand a publié un grand nombre d'ouvrages médicaux, parmi lesquels nous citerons : Précis des maladies vénériennes, de leur doctrine et de leur traitement. — Des résections, de leur valeur dans les traumatismes des os et des articulations ; — Campagnes de Kabylie ; — Etudes sur les eaux minérales de l'Algérie ; — Campagne d'Italie ; — Le siège de Paris : — Mémoire sur la rupture spontanée du cœur ; — Des pansements rares et des pansements fréquents des plaies ; — Des adénites idiopathiques et spécialement de celle du col ; — Des plaies d'armes à feu de l'orbite ; — De l'habitude du tabac ; — De la suture dans le traitement des plaies ; — Observation de rétrécissement de l'intestin, par une bride péritonéale ; — Etude médico-légale sur un cas de mutilation des organes génitaux, attribuée à un chien ; — De l'acclimatement en Algérie, Alger et son climat et sa valeur curative (en collaboration avec Denope), etc.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Giberton-Dubreuil (de Courbevoie).

— Nous apprenons également la mort de M. le docteur Bruquier, décédé à Mostaganem. Né en 1804, il prenait, en 1826, son diplôme de docteur. (*Progrès Médical*).

Société médico-pratique. — Séance du 9 janvier. — *Ordre du jour* : 1. Installation du bureau. — 2. Rapports de MM. Barette, Blocq, Cyr et Philbert sur les candidatures de MM. Leriche, Thierry, Gautrelet et Guerder. — 3. Rapport de MM. Finot et Julliard sur les comptes du trésorier. — 4. M. Cadet de Gassicourt : De l'angine au début de la fièvre typhoïde. — 5. M. Poulet : Sur une nouvelle variété d'asthme, l'asthme épileptique. — 6. M. Peyrot : Plaie pénétrante de poitrine ayant ouvert un empyème.

Société d'hydrologie médicale de Paris. — Bureau pour 1888 : Président, M. Danjoy ; vice-présidents, MM. Japhet, Philbert ; secrétaire général, M. Leudet ; trésorier, M. Royer ; archiviste, M. Deligny ; secrétaires des séances, MM. Bottey, Schlemmer.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 9 janvier 1888, à quatre heures, au Palais de Justice, salle des référés. — *Ordre du jour* : 1. Lecture du procès-verbal de la séance précédente. — 2. M. Vibert : Sur les traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. — 3. M. Laugier : Rapport de la commission chargée de l'examen des titres des candidats aux places vacantes parmi les membres titulaires et les membres correspondants. — 4. Communication d'un rapport médico-légal de M. Marquesy (de Neuchatel-en-Bray), membre correspondant. — 5. Communications diverses.

VIN DE CHASSAING, (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

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. F. Verchère : Traitement des fractures en général. — II. F. Terrier : Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — III. Bibliothèque : Rapport sur les conditions hygiéniques des immeubles départementaux affectés aux prisons de la Seine. — IV. Revue des Journaux : La suette miliaire du Poitou. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Traitement des fractures en général,

Par le docteur F. Verchère, ancien chef de clinique chirurgicale de la Pitié.

Au point de vue physiologique, le squelette a deux fonctions bien distinctes : il soutient et il maintient. Il supporte le poids du corps dans la marche et résiste lorsque nous nous appuyons sur les mains. C'est lui qui sert de lien entre les divers segments des membres, et sur lui viennent s'insérer les divers moyens d'unions articulaires, et aussi les divers muscles auxquels il servira de levier.

Ces deux fonctions bien distinctes sont dévolues à certaines parties des os plutôt qu'à d'autres. Dans chaque os, il semblerait qu'il existe deux régions, une destinée au soutien, l'autre au maintien. Il est certain que l'une et l'autre participent plus ou moins aux deux fonctions, mais une des deux prédomine dans une région de l'os plus que dans une autre, et, sauf certains points spéciaux sur lesquels je reviendrai, les deux rôles semblent assez bien répartis. C'est à la diaphyse des os longs qu'appartient le rôle de soutien, c'est à leur épiphyse qu'est dévolu le rôle de maintien.

Que la première se brise, on a affaire à une fracture d'un membre; que les secondes soient lésées, on a affaire à ce que l'on a appelé une fracture juxta-articulaire.

Certaines régions ont, il est vrai, le double rôle en quelque sorte également; les deux principales sont le col du fémur et la tête de l'humérus; on en pourrait dire autant d'une partie des surfaces articulaires du genou et du coude. Mais je veux me contenter des deux types que j'ai choisis.

On a distingué sous le nom de fractures intra-articulaires les fractures communiquant avec l'articulation.

Ce terme est trop vague, et désigne des cas trop dissemblables. Les fractures juxta-articulaires sont souvent aussi intra-articulaires, néanmoins leur gravité est loin d'être comparable à celle des précédentes. Au point de vue thérapeutique, une distinction doit donc mieux être établie, et c'est du rôle même des os fracturés que doit se tirer l'appellation des fractures, et surtout le traitement qu'on doit leur appliquer.

Dans une revue que j'ai publiée récemment (1), j'ai cherché à montrer combien les phénomènes accompagnant les fractures variaient suivant leur siège et aussi comment il était impossible d'agir avec une loi générale de traitement, je ne veux pas y revenir, je dirai simplement que les fractures doivent être divisées en *fractures proprement dites*, c'est-à-dire fractures d'un ou des os d'un membre servant de soutien, fracture de la diaphyse d'un os long, fracture de jambe, de cuisse, du col du fémur, du col ou du corps de l'humérus, de l'avant-bras dans lesquelles, on le voit, je fais rentrer des fractures intra-articulaires, et en *entorses avec arrachement osseux*, fractures du péroné, des deux malléoles, de la rotule, du tubercule

(1) *Gaz. des hôpitaux*, octobre 1887.

©BIU Santé

de Gerdy (entorse du genou), fracture du radius, des apophyses styloïdes du radius, du cubitus, fractures de l'épitrochlée, de l'olécrâne, et, en somme, toutes les fractures dites à tort juxta-articulaires, puisqu'elles sont souvent aussi intra-articulaires.

Ranger dans une même classe la fracture du col du fémur et la fracture du péroné, qui sont toutes deux intra-articulaires, ne peut être admis au point de vue thérapeutique, et les indications sont totalement dissemblables. C'est, ainsi que je l'ai dit, au rôle même de l'os fracturé que sont dues ces différences et non au rapport de la fracture avec l'articulation. Les moyens mis en usage pour le traitement d'une entorse avec arrachement osseux ne peuvent être appliqués identiquement à une fracture proprement dite, dans le sens que j'ai donné à ce nom, et je vais chercher à le prouver tout en montrant comment, avec les principes modernes, on peut néanmoins modifier l'ancien traitement des fractures des os longs, mais les principes sur lesquels s'appuie le traitement à mettre en usage pour les fractures proprement dites sont les mêmes pour les deux variétés, et il me suffira de les énoncer pour que l'application en puisse être généralisée.

Le traitement d'une fracture doit avoir deux objectifs : 1° consolider l'os ou les os dans une bonne position; 2° prévenir les accidents qui accompagnent ou suivent inévitablement ou accidentellement toute fracture, œdème, arthrite à distance, raideur articulaire, atrophie musculaire et troubles trophiques qui peuvent survenir du côté du tégument ou des parties profondes.

Dans le groupe des fractures proprement dites, la consolidation est la chose importante. On ne peut l'obtenir autrement que par la réduction et l'immobilisation des fragments dans une bonne position.

La réduction devra être faite si elle est nécessaire, s'il existe du déplacement; on devra faire l'extension, la contre-extension, comme il est dit dans les classiques; puis, si la réduction ne se maintient pas seule, il faudra mettre un appareil qui non seulement sera immobilisateur, mais encore sera contentif.

Voilà, d'une façon générale, le traitement dans toute sa simplicité, tel qu'il serait dans une fracture idéale sans lésions des parties molles environnantes. Dans la pratique, il n'en est plus de même.

La *réduction* n'est nécessaire que lorsqu'il existe du déplacement des fragments, que lorsqu'il y a une position vicieuse du membre. Une question beaucoup plus importante se pose : à quel moment doit-on la faire, et appliquer l'appareil qui doit la maintenir?

Il est certains cas où elle doit être faite immédiatement, le plus rapidement possible, ce sont les cas dans lesquels une saillie osseuse ou une partie des fragments vient faire saillie sous les téguments et menace, par sa pression, de déchirer, d'ulcérer ce tégument protecteur, si on ne supprime immédiatement la pression osseuse. Je citerai les fractures en bec de flûte du tibia, où la crête de celui-ci soulève la peau et menace à la moindre contraction musculaire de venir la perforer; je citerai les fractures sus-malléolaires où la crête antérieure de la surface tibiale fracturée repousse en avant toute la peau du cou-de-pied et menace de donner lieu à une fracture ouverte avec communication de l'articulation. Ces deux fractures sont trop fréquentes pour que j'aie besoin d'en choisir des observations parmi toutes celles qui ont été publiées. L'indication est formelle, la réduction

©BIU Santé

doit être faite le plus tôt possible, doit être complète et, pour l'obtenir, il sera fréquemment nécessaire d'administrer le chloroforme.

Quelques heures après la fracture, par suite de l'épanchement sanguin, se produit la plupart du temps un gonflement et un œdème parfois considérable. Le chirurgien peut être appelé avant ou après la production de ce gonflement. Quelle conduite doit-il tenir?

Les auteurs ne sont pas d'accord à cet égard, et d'après Gosselin on devrait toujours attendre pour faire la réduction et la maintenir par un appareil que le gonflement se soit produit, qu'il ait spontanément disparu sous l'influence du séjour au lit et de l'immobilisation. On craignait, en mettant trop rapidement un appareil, de voir les parties comprimées s'étrangler et, par suite, se sphacéler.

Il faut prendre en considération la nature de l'appareil, que l'on appliquera sur la fracture, et aussi que toute constriction exercée avec des bandes peut devenir très dangereuse. En sera-t-il de même avec le plâtre, qui, je le dis de suite, est l'appareil de choix, on devrait presque dire le seul à employer?

Si le gonflement n'a pas paru, si la fracture est simple, si le fracas n'est pas considérable, si la contusion est faible, on pourra faire et appliquer immédiatement l'appareil, en ayant soin de recouvrir incomplètement les membres et de laisser sous les yeux du chirurgien le foyer de la fracture. C'est un des meilleurs procédés pour prévenir le gonflement.

Si celui-ci s'est produit, il est certain que la réduction devient difficile à faire et que, si on peut la faire, l'appareil que l'on mettra devra nécessairement devenir insuffisant et être recommencé lorsque le gonflement aura disparu. C'est dans ces cas que deux méthodes s'imposent, ou attendre que le gonflement disparaisse spontanément ou provoquer sa disparition.

Souvent la disparition spontanée est lente, très lente, les tissus restent longtemps infiltrés et pendant toute cette période la consolidation ne commence pas ; elle est retardée par l'épanchement sanguin considérable interposé entre les fragments (M. Sée, Lucas Championnière), c'est autant de temps perdu. Que si, au contraire, on traite ce gonflement, mais ce gonflement seul, on agira d'autant plus vite et on facilitera d'autant plus les débuts de la formation du cal. Le meilleur mode de *dégonflement* (j'emploie à dessein un mot étrange) est sans contredit le massage. On sait quelle est son action principale : activer la résorption, faire pénétrer dans les mailles du tissu cellulaire les liquides que l'on veut faire résorber, étaler sur de plus grandes surfaces absorbantes tous les produits à faire disparaître ; nul agent n'est aussi puissant pour obtenir ces résultats.

Indiquer le massage dans les fractures de jambe, dans les fractures proprement dites, celles de la diaphyse des os longs, semble une grande audace chirurgicale et pourtant les auteurs tendent à y revenir. Les faits publiés sont déjà nombreux et on ne peut nier les bons résultats que l'on a obtenus. Seulement, et j'y insiste, c'est seulement dans le but de résorption que j'ai signalé, dans tout autre il serait mauvais.

Quand peut-on, doit-on l'employer? Dans deux circonstances : 1° Lorsqu'après avoir mis un appareil, après avoir fait la réduction, immédiatement après l'accident, on veut prévenir le gonflement; 2° lorsque le chirurgien est appelé auprès d'un malade, lorsque le gonflement s'est déjà produit.

©BIU Santé

Il n'agira pas sur la fracture elle-même, il n'agira que sur les lésions des parties molles entourant la fracture.

Comment doit-on le faire ? Les manipulations, dans le sens le plus large du mot, seront faites au niveau du foyer lui-même ou à distance.

Ce seront des frictions de bas en haut, de l'extrémité du membre à sa racine, toujours dans le même sens, faites la main à plat, soigneusement huilée, ou vaselinée, et avec la plus grande douceur. Le membre sera maintenu bien immobile pendant tout le temps de la manœuvre. Celle-ci, j'y insiste, sera faite avec grande circonspection ; les doigts, avec la pulpe, doucement posés sur le membre, le parcourront ; une légère pression pourra être faite au-dessus et au-dessous du foyer de la fracture, mais à son niveau, c'est à l'*effleurage* et à l'effleurage seul qu'il faudra avoir recours; fera-t-on, comme Mosinger, de courtes séances, mais répétées deux ou trois fois chaque jour, ou de longues séances à vingt-quatre heures d'intervalle? il faudra, dans tous les cas, agir avec la même douceur, la même attention, et se rappeler que le massage n'est pas une manœuvre brutale comme la pratiqueraient les nègres d'un établissement de bains, mais, dans le cas particulier, doit être plutôt une véritable caresse. Pendant que la main passe sur le membre blessé, à aucun moment il ne doit se produire de douleur; en aucun moment, il ne doit y avoir mouvement entre les deux fragments.

C'est à ces conditions seulement qu'on peut être autorisé à pratiquer le massage dans les fractures proprement dites; mais qu'il ne soit jamais confié qu'à des mains chirurgicales et non balnéaires. Le gonflement disparu, doit-on ou ne doit-on pas mettre d'appareils?

M. Lucas-Championnière, étant d'avis de traiter les fractures par la mobilisation, se contente de regarder platoniquement le membre fracturé en recommandant aux malades de ne pas faire de mouvements, et cite l'observation d'un confrère qui, sur ses conseils, soigna ainsi une fracture de l'humérus dont il guérit très rapidement.

Dans certaines conditions, l'asbtention des mouvements, la tranquillité du malade, sa patience peuvent suffire; mais n'est-ce pas une immobilisation relative? N'est-ce pas le même effet que l'on obtient dans les fractures du fémur où le membre n'est pas contenu dans un appareil et où un poids attaché au pied suffit pour assurer la consolidation en bonne position.

Le docteur Gautiez me citait à cet égard une observation bien intéressante. Il s'agissait d'un singe et, chez ce petit animal, il put constater combien l'instinct vint suppléer à tous les moyens chirurgicaux.

Le pauvre singe s'était cassé l'avant-bras ; son maître et ami mit à son service toute sa science chirurgicale et lui confectionna un appareil plâtré aussi léger qu'élégant. Puis le singe fut remis en liberté. A peine libre de ses mouvements, il enleva doucement, tranquillement, méthodiquement son appareil, avec mille précautions pour éviter toute secousse et, par suite, toute douleur. Son chirurgien, fâché de voir ses soins si mal appréciés, rattrapa le petit animal et lui fit de nouveau un appareil, mais, cette fois, en silicate. Même résultat : l'animal mit vingt-quatre heures à l'enlever, mais il y parvint. Devant une telle persistance, on le laissa tranquille et on examina ce qui allait se passer. De sa main saine, il soutint son avant-bras continuellement, le déposant soit par terre lorsqu'il s'y asseyait, soit sur un meuble quand il se trouvait à portée, soit sur ses membres inférieurs ; il ne se servit nullement de son avant-bras, celui-ci était maintenu en bonne

©BIU Santé

position et en aucun moment n'était agité par le malade. Ce n'est qu'au bout de trois semaines qu'il commença à se permettre l'extension et la flexion, n'essayant pas encore la pronation ou la supination, puis peu à peu, progressivement, il fit mouvoir ses doigts, il fit mouvoir son poignet et, définitivement, après s'être essayé à plusieurs reprises, se servit de son membre pour grimper après les rideaux du domicile de son maître, qui put constater la consolidation parfaite et rapide (un mois) de cet avant-bras sans appareil et avec conservation de tous les mouvements. Aucune raideur articulaire ne s'ensuivit, aucune gêne dans les mouvements des articulations et, chose plus étonnante encore, aucun trouble dans les mouvements de pronation et de supination.

De même que dans le cas de M. Lucas-Championnière, une chose permet de concevoir comment la guérison s'est effectuée. Il y eut immobilisation en bonne position, et pendant tout le temps de la consolidation aucune tendance au changement de cette position. La contention se faisait d'elle-même ; l'immobilisation était maintenue par le malade. Dans de pareilles conditions, il est certain qu'on peut prêcher l'absence d'appareil, mais elles sont bien rarement réalisées. (*A suivre.*)

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

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Suppuration des points de suture. — Abcès profond de la paroi. — Guérison.

(Observation rédigée sur les notes de M. Montprofit, interne du service.)

Mme Adélaïde Pretée, âgée de 35 ans, demeurant, 15 rue Fontaine, entre à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac n° 12, le 18 octobre 1884, pour une tumeur abdominale. Réglée pour la première fois à 10 ans, cette malade a toujours eu une menstruation régulière jusqu'à l'âge de 30 ans. A cette époque, elle devient enceinte, et avorte au bout de six semaines. La menstruation se rétablit ensuite régulièrement; cependant, depuis un an, l'écoulement sanguin est moins abondant; les dernières règles ont eu lieu le 15 octobre 1884. Depuis un an, la malade a commencé à souffrir du ventre, surtout à droite; depuis quatre mois seulement, elle a remarqué une augmentation de volume du ventre.

La santé générale est bien conservée, l'embonpoint a même augmenté depuis environ un an; depuis que le ventre a augmenté de volume, la constipation, qui auparavant était habituelle, a disparu; les selles sont faciles; les mictions sont un peu fréquentes.

L'appétit est conservé, jamais il n'y a eu de vomissements, ni de fièvre.

Le ventre est développé dans sa partie moyenne; il pointe en avant et un peu à droite.

La cicatrice ombilicale est normale; la peau ne présente ni vergetures, ni circulation veineuse développée.

Les dimensions de l'abdomen sont les suivantes : circonférence au niveau de l'ombilic, 91 centimètres; distance xypho-ombilicale, 16; distance pubio-ombilicale, 17; distance de l'ombilic à l'épine il. droite, 19; de l'ombilic à l'épine il. gauche, 17.

A la palpation, on trouve une tumeur arrondie, manifestement fluctuante. Cette tumeur remonte jusqu'à quatre travers de doigts au-dessus de l'ombilic; elle présente une matité à convexité supérieure. Les flancs sont sonores. La tumeur est assez mobile dans le sens transversal.

Par le toucher, on constate que l'utérus est petit et porté en avant et à droite. La tumeur est appliquée contre lui; les mouvements se communiquent facilement de l'un à l'autre; dans les culs-de-sac postérieurs et latéraux, on trouve une masse dépressible, molle, fluctuante, qui fait corps manifestement avec la tumeur abdominale.

©BIU Santé

On diagnostique un *kyste ovarique multiloculaire*, et l'opération est décidée.

Opération le 4 novembre 1884, avec l'aide de MM. Périer, Just Championnière et Berger.

Lors de la *chloroformisation*, la phase d'excitation est peu prononcée; paroles incohérentes, puis résolution. Il se produit une abondante sécrétion de mucosités dans la trachée et l'arrière-gorge, et la respiration est un peu gênée, mais sans phénomènes asphyxiques.

Pendant l'opération, pas de vomissements, quelques efforts à la fin, non suivis d'expulsion de matières.

La section sous-ombilicale intéresse une couche du tissu cellulo-graisseux sous-cutané de plus de 6 centimètres et assez vasculaire; on applique trois à quatre pinces hémostatiques. La section de la ligne blanche faite, on arrive dans le tissu cellulo-graisseux sous-péritonéal, qu'il faut exciser. Le péritoine est enfin ouvert, pas d'ascite.

On dissocie les adhérences épiploïques qui sont en avant du kyste et on place sur les vaisseaux deux pinces en T.

La main est introduite dans le ventre pour s'assurer de la non-existence d'autres adhérences; mais, pendant cette manœuvre, une poche kystique se rompt et se vide en partie dans le péritoine.

Le kyste est ponctionné et on évacue un à deux litres de liquide clair; par le même orifice, on ponctionne une deuxième poche à liquide brunâtre, située plus profondément.

La tumeur est attirée au dehors et sa rupture visible est obturée par une pince à kyste, ainsi que l'ouverture faite par le trocart.

Le pédicule, situé à gauche, est saisi avec une pince courbe et sectionné, ce qui permet d'enlever la tumeur. Il est lié avec deux fils de soie en X et réséqué. Le deuxième ovaire est normal. L'épiploon est lié en trois parties au catgut et réséqué.

Toilette minutieuse du péritoine, pour enlever le liquide kystique tombé dans le bassin. La paroi abdominale est suturée avec huit points profonds et superficiels.

L'opération a duré quarante-cinq minutes et a été faite avec toutes les précautions listériennes.

Dans la journée, quelques vomissements. Un peu de douleur de ventre. Temp., soir, 38°; pouls, 90; resp., 28. — Dans la nuit, vomissements, douleurs abdominales moins vives. Une injection de chlorhydrate de morphine (1/4 de centigramme). Glace, champagne.

Le 5 novembre. — Temp., matin, 38°; pouls, 98; resp., 28. 600 grammes d'urine. Depuis deux heures du matin, sommeil, pas de douleur, pas de coliques ni de nausées. — Temp., soir, 38°; pouls, 96; resp., 22. Injection de morphine. Dans la nuit, quelques coliques suivies d'émission de gaz par l'anus. Glace, champagne, rhum.

Le 6. — Temp., matin, 37°8; pouls, 92; resp., 22. Dans la journée, douleurs de ventre assez vives, vomissements verdâtres. La malade est très abattue, les yeux sont cernés, les traits tirés, le nez pince. — Temp., soir, 38°; pouls, 92; resp., 22. A dix heures du soir, coliques et à la suite émission de gaz très abondante; les vomissements cessent complètement. La malade est très soulagée et s'endort.

Le 7. — Temp., matin, 37°8; pouls, 96; resp., 20. On commence à donner du lait à la malade. Dans la journée, quelques vomissements se produisent encore; coliques avec expulsion de gaz. Les règles surviennent en avance de quatre ou cinq jours. — Temp., soir, 37°6; pouls, 84; resp., 16. Pendant la nuit, pas de vomissements et sommeil calme.

Le 8. — Temp., matin, 37°,4; pouls, 84; resp., 16. On fait un premier pansement : ventre plat et indolore, pas de gonflement ni de rougeur au niveau de la suture. On enlève quatre fils profonds et quatre superficiels. Pendant la journée, pas de vomissements, pas de douleurs, la soif est toujours vive. Glace, rhum, lait et potages. — Temp., soir, 38°2; pouls, 90; resp., 30.

Le 9. — Temp., matin, 37°5; pouls, 84; resp., 19. On transporte le malade dans la salle commune. Pas de douleurs; la soif est moins vive. — Temp., soir, 37°3.

©BIU Santé

Le 10. — Temp., matin, 37°. On fait un dernier pansement et on retire les quatre derniers fils profonds ; il y a un peu d'érythème au niveau des points de suture.

Le 13. — Temp., matin, 37°2; — temp., soir, 38°5. Pansement : un peu de suppuration de la plaie. Sous prétexte de choléra, le service de chirurgie est évacué, PAR ORDRE, à ce moment, et on est obligé de transporter la malade dans un bâtiment voisin, au quatrième étage, ce qui la fatigue beaucoup.

Le 16. — Les douleurs abdominales sont toujours vives, surtout le soir. Quelques vomissements se produisent de nouveau. — Temp., soir, 38°5.

Le 17. — Temp., matin, 38° ; — soir, 38°7. Le ventre est resté gros et douloureux ; la douleur est surtout marquée au niveau de la région hypogastrique, à droite de la cicatrice; dans ce point, on trouve de la résistance et une induration assez limitée.

Dans les jours qui suivent, on voit de petits abcès se développer au niveau de chacun des points de suture, et se vider à l'extérieur; à l'extrémité inférieure de la cicatrice, se manifeste toujours une induration assez limitée et douloureuse. Le ventre reste ballonné, mais non douloureux profondément.

Le 24. — Temp., matin, 39°1. Ouverture d'une collection contenant du pus verdâtre, au niveau de l'extrémité inférieure de la cicatrice. — Temp , soir, 38°09.

Le 25. — Temp., matin, 39°3 ; — soir, 39°4. La douleur est moins vive, mais la suppuration toujours abondante. L'induration tend à diminuer.

Le 26. — Temp., matin, 38°5. La suppuration est moins abondante. Au toucher, rien de particulier. Pas de phlegmasie dans le petit bassin. — Temp., soir, 39°5.

Pendant dix jours, jusqu'au 6 décembre, la température persiste avec les mêmes oscillations, entre 38° et 39°5. La plaie ne suppure plus et se ferme. On constate cependant encore de l'induration à droite de la cicatrice. La malade ne mange pas, la langue est sèche, la soif vive, l'amaigrissement fait des progrès. On fait prendre à plusieurs reprises à la malade du sulfate de quinine. Enfin, le 6 décembre, la température redescend à 37°4 et, à partir de ce jour, reste normale. La plaie est complètement cicatrisée, le ventre est souple et indolore, l'appétit renaît, les forces reviennent avec l'embonpoint.

Le 8. — La malade commence à se lever.

Le 20. — On peut considérer la guérison comme complète : la température est normale, l'appétit excelient; la cicatrice est solide et présente 14 centimètres de longueur; pas d'éventration, et le ventre est complètement indolore.

La malade quitte l'hôpital guérie.

Le 20 janvier 1885. — Les règles sont revenues le 13 janvier et ont duré quatre jours. L'état général est excellent et la malade a engraissé notablement.

Le 12 février 1885. — Les règles sont arrivées comme d'habitude et ont duré trois jours. Elles ont été suivies, sans causer, dit-on, de douleurs à droite de l'abdomen avec vomissements, phénomènes qui ont continué jusqu'au 10. Aujourd'hui, l'état général est meilleur, quoiqu'il y ait encore de la fièvre. On conseille le repos au lit et des cataplasmes sur le bas-ventre.

La malade entre à Bichat le 13 février 1885, offrant tous les phénomènes d'un phlegmon de la fosse iliaque droite, c'est-à-dire du côté opposé à celui du pédicule. On la traite par le repos et un vésicatoire volant.

Le 21. — Mme P... sort guérie de son phlegmon qui est rapidement entré en résolution.

Le 23 novembre 1887. — Mme P... jouit d'une excellente santé et a encore un peu engraissé sans en être trop gênée toutefois. De temps en temps elle ressent quelques douleurs vers la fosse iliaque droite, rapidement calmées par l'application de vésicatoires volants.

La cicatrice, longue de 17 centimètres dont 3 centimètres au-dessus de l'ombilic, est blanche et distendue. Il y a une éventration assez notable à la partie inférieure de la cicatrice.

Les règles sont peu abondantes et régulières. Le palper abdominal, facilité par l'éventration, permet de s'assurer qu'il n'y a plus rien d'anormal dans la cavité abdominale.

La tumeur enlevée était un kyste multiloculaire à petites loges du poids de 225 gr. et renfermant 2 litres 1/2 de liquide.

©BIU Santé

Les accidents de suppuration profonde présentés par cette malade sont faciles à expliquer. Le neuvième jour après l'opération, on constate un peu de pus au niveau de la plaie; or, à ce moment, sous le prétexte non justifié d'une invasion de choléra, l'administration hospitalière fait évacuer les salles de chirurgie, et la malade est transportée au quatrième étage d'un bâtiment central. Grâce à ces manœuvres, le phlegmon de la paroi évolue et suppure si bien qu'il faut l'ouvrir le vingtième jour après l'opération. Longtemps la malade reste avec de la fièvre et elle ne sort de l'hôpital qu'au bout d'un mois et demi.

BIBLIOTHÈQUE

RAPPORT SUR LES CONDITIONS HYGIÉNIQUES DES IMMEUBLES DÉPARTEMENTAUX AFFECTÉS AUX PRISONS DE LA SEINE, par Léon COLIN. — Paris, 1887.

Une commission, choisie parmi les membres du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine, a été chargée récemment d'étudier les conditions d'hygiène dans lesquelles vivent les détenus. Elle a pris pour organe M. Léon Colin, qui, dans un rapport très complet, étudie successivement à ce point de vue spécial le Dépôt de la Préfecture, la Conciergerie, Sainte-Pélagie, Saint-Lazare, la grande et la petite Roquette, Mazas et la Santé. De cette consciencieuse étude se dégagent deux conclusions principales : insuffisance des immeubles; nécessité de désaffecter Sainte-Pélagie et Saint-Lazare, et, par suite, de construire de nouveaux établissements, édifiés autant que possible en dehors de la ville, là où se trouve l'espace indispensable à leur salubrité. Suivent quelques propositions relatives à la nature de l'eau, à l'éclairage, au chauffage, aux appareils de désinfection, etc. On voit que plusieurs questions d'hygiène, et non des moins importantes, sont abordées dans ce rapport, dont la portée dépasse ainsi le but limité qu'il vise, et où l'on trouve des renseignements applicables à toute agglomération d'hommes autres que des détenus. — P. D.

REVUE DES JOURNAUX

La suette miliaire du Poitou. (*Poitou médical*, octobre-novembre 1887.) — Pendant le premier semestre de 1887, l'arrondissement de Montmorillon, dans le département de la Haute-Vienne, a été le théâtre d'une épidémie de suette miliaire qui a frappé un très grand nombre d'habitants, a causé la mort dans une proportion relativement forte des cas observés, a pris, en un mot, un tel caractère de gravité qu'il faut remonter à l'année 1845 pour en trouver une semblable dans l'histoire du Poitou. C'est à la relation de cette épidémie qu'est consacré le numéro d'octobre-novembre du *Poitou médical*.

Dans la première partie on trouve à l'analyse de tous les travaux importants publiés sur l'épidémie de 1845; la seconde contient tous les documents qu'ont fournis les médecins de la région relativement à celle de cette année; ce rapprochement permet une utile comparaison entre les caractères revêtus par la maladie à ses deux grandes époques d'apparition. Les observations nouvelles sont surtout intéressantes par les questions d'étiologie qu'elles soulèvent; il en résulte que la suette est une maladie infectieuse, contagieuse à la façon des fièvres éruptives, et surtout qu'elle présente des rapports intimes, étiologiques et cliniques avec la rougeole; presque partout l'épidémie de suette a été précédée d'une épidémie de rougeole; dans un même milieu, nos confrères ont observé simultanément ou successivement des cas de suette miliaire très nette et des cas de rougeole compliquée de suette; les premiers ont généralement été plus funestes que les seconds. Bien d'autres considérations relatives au diagnostic, au pronostic, au traitement de la maladie, jettent un nouveau jour sur cette affection encore mal connue de la

©BIU Santé

généralité des médecins; aussi liront-ils avec intérêt les nombreuses observations rapportées, qui parlent mieux à l'esprit que les meilleures descriptions didactiques. — P. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 janvier. — Présidence de M. Lannelongue.

Sommaire : De l'eau bouillie employée comme agent antiseptique. — Rapports : Sur un cas de volvulus de l'intestin grêle ; sur deux observations d'autoplastie par la méthode italienne modifiée. — Elections.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Terrier dit qu'il a eu récemment l'occasion de causer de ce sujet avec M. Pasteur, auquel il a demandé si l'eau bouillie conserve ou non des germes et des spores, et si ces germes ou spores, après avoir subi l'ébullition, peuvent être nuisibles. A ces questions, M. Pasteur a répondu : 1° que l'eau, après l'ébullition, conserve des germes et des spores; 2° qu'il n'est pas certain que ces germes ou ces spores ne soient pas susceptibles de devenir pathogènes. M. Pasteur a ajouté que l'eau destinée aux usages de la chirurgie doit réunir trois conditions : 1° être distillée, 2° être filtrée à travers le filtre Chamberland, 3° être soumise enfin à l'ébullition.

M. Terrillon déclare que, pour son compte, depuis ces deux ou trois dernières années, il se sert toujours, dans ses opérations, d'une eau réunissant les trois conditions précitées.

M. Polaillon croit devoir y ajouter une quatrième condition, celle de contenir un centième d'acide phénique. Suivant lui, les qualités antiseptiques de l'eau distillée, filtrée et bouillie sont incomplètes sans cette addition.

— M. Berger fait un rapport sur une communication de M. le docteur Ovion (de Boulogne-sur-Mer) relative à un cas de volvulus survenu chez un enfant de 13 ou 14 ans, et qui donna lieu pendant plusieurs jours à une grande incertitude pour le diagnostic. Cet enfant était tombé malade après avoir mangé avec excès de la pâtisserie. Il eut des vomissements et des coliques qui furent naturellement attribués à une indigestion. Mais, au bout de quelques jours, les accidents ayant persisté avec aggravation progressive et ayant pris les allures des phénomènes de l'étranglement interne, M. Ovion, médecin de la famille, et M. Houzel, appelé en consultation, se décidèrent, après quelques hésitations, à pratiquer la laparotomie. Ils finirent par découvrir, sur un point du trajet de l'intestin grêle, un obstacle qui leur parut être d'abord constitué par une forte bride exerçant une constriction énergique sur l'intestin, mais qu'ils reconnurent, après examen minutieux, comme étant formé par l'intestin grêle tordu sur lui-même en un véritable volvulus. En même temps, ils constataient un commencement de péritonite généralisée, et un flot de sérosité purulente s'échappait de la plaie produite par l'incision de la paroi abdominale. Après avoir détordu l'intestin et rentré le paquet qu'ils avaient dû dérouler au dehors pour faciliter leurs recherches; après avoir pratiqué un nettoyage minutieux du champ opératoire, les chirurgiens fermèrent finalement la plaie abdominale à l'aide d'un certain nombre de points de suture et appliquèrent un pansement antiseptique.

Tout alla bien pendant les premières vingt-quatre heures; les vomissements et les coliques avaient à peu près complètement cessé à la suite de l'opération; mais, dès le second jour, les accidents se reproduisirent et enlevèrent rapidement le malade quarante-huit heures environ après l'opération. L'autopsie démontra que la mort était due à une péritonite septique généralisée.

M. Ovion relève, dans son observation, l'obscurité du diagnostic au début de la maladie, obscurité qui fit hésiter la main des chirurgiens et retarda leur intervention. Il relève encore l'avantage de la laparotomie, qui permit d'aller à la recherche de l'obs-

©BIU Santé

tacle et d'en découvrir le siège et la nature. L'auteur se demande enfin s'il n'était pas indiqué de pratiquer le drainage du péritoine.

M. le rapporteur pense que le drainage du péritoine, excellent dans certains cas, convient beaucoup moins lorsqu'il s'agit de remédier à une suppuration produite par une inflammation péritonéale généralisée. Son utilité est hors de doute lorsque le foyer de suppuration est circonscrit à un point du péritoine.

M. Berger fait ensuite un second rapport sur deux observations adressées à la Société de chirurgie par M. le professeur Poncet (de la Faculté de Lyon). Ces observations sont relatives à deux opérations d'autoplastie selon la méthode italienne modifiée.

Cette modification, que M. Berger a fait connaître dans deux communications successives à l'Académie de médecine, consiste dans la « transplantation, sur un ulcère ou sur une cicatrice vicieuse, préalablement avivés, d'un lambeau emprunté à une région éloignée du corps et laissé adhérent à cette région par son pédicule, jusqu'à sa parfaite adhésion à la surface qu'il doit recouvrir ».

Dans le premier fait de M. Poncet, il s'agit d'une jeune fille de 15 ans, qui avait depuis six ans, au niveau de la malléole externe, une perte de substance de 5 à 6 centimètres ayant résisté à tous les moyens employés pour la cicatriser. M. Poncet se décida à combler cette perte de substance au moyen d'un lambeau cutané taillé dans la région fessière et s'appliquant exactement sur la surface préalablement avivée de l'ulcère. Pour cette application, la jambe avait été repliée et maintenue dans la flexion forcée à l'aide de plusieurs tours de bande pendant tout le temps nécessaire à la solide adhésion du lambeau, celui-ci étant d'ailleurs resté uni par son pédicule à la région où on l'avait emprunté.

La section du pédicule fut pratiquée le huitième jour. La malade avait parfaitement supporté le flexion forcée, sans doute à cause de son âge et de la souplesse de ses articulations.

Dans la seconde observation, il s'agit d'un jeune homme de 20 ans qui avait eu le bras pris dans un engrenage, si bien qu'il en était résulté une plaie avec vaste eschare de toute la région olécrânienne. La chute de l'eschare avait laissé une large plaie dont la cicatrisation n'avait pu être obtenue par aucun des nombreux moyens employés à cet effet.

M. Poncet, après avoir avivé la surface de la solution de continuité, y appliqua un grand lambeau taillé sur la face latérale du tronc. Au huitième ou neuvième jour, comme dans le premier cas, il fit la section de la moitié du pédicule de ce lambeau, et, vers le treizième jour, la section de l'autre moitié. Le résultat fut excellent, mais incomplet, et il fallut le compléter à l'aide de deux ou trois greffes épidermiques.

Ce nouveau procédé de la méthode italienne paraît à M. Berger de nature à étendre le champ des opérations chirurgicales.

Parmi ses indications, il faut compter : 1° les cas où autour de la perte de substance existe une zone de tissu cicatriciel qui ne permet pas de tailler un lambeau convenable de tissu sain ; — 2° les cas où la formation de lambeaux pris au voisinage de la solution de continuité risquerait d'aggraver des difformités existantes, où la cicatrice placée sur des saillies osseuses, comme à la région olécrânienne ou à la région prérotulienne, serait, en vertu de la situation, susceptible de s'excorier.

D'autres indications peuvent se rencontrer encore, par exemple lorsqu'il s'agit de la restauration de cicatrices déformantes telles que celles qui résultent de brûlures, ou bien lorsqu'il s'agit de pratiquer des autoplasties de la face nécessitant des incisions libératrices. Les opérations pratiquées d'après le nouveau procédé ne laissent pas, en effet, de difformités, et, en cas d'échec, on en est quitte pour avoir fait une opération laissant les choses dans l'état antérieur.

M. Berger insiste sur les précautions à prendre pour que le procédé réussisee : situation des parties aussi peu gênante que possible, afin que le malade puisse la supporter jusqu'au jour où on sectionne le pédicule ; avivement de l'ulcère, qui ne doit pas se borner aux couches superficielles ; constitution du lambeau, qui ne doit pas être débarrassé du tissu cellulaire sous-cutané ni de la graisse ; suture aux fils métalliques, aux

©BIU Santé

fils de soie, ou mieux aux crins de Florence; légère compression exercée sur le lambeau par quelques couches de ouate aseptique, etc.

Elections. — La Société de chirurgie procède, dans le cours de la séance, à une série de scrutins d'élections :

Un scrutin pour l'élection d'un membre titulaire donne des résultats suivants : sur 30 votants, majorité 16, M. Reynier obtient 22 suffrages (élu), M. Routier 5, M. Prengrueber 3.

Un scrutin pour l'élection de deux associés étrangers donne la majorité à MM. Bryant et Holmès (de Londres).

Un autre scrutin pour l'élection de deux correspondants étrangers donne la majorité à MM. Ceccherelli (de Parme) et Gory (d'Amsterdam).

Enfin un scrutin pour l'élection de quatre correspondants nationaux donne la majorité, au premier tour, à MM. Poncet (de Lyon) et Bousquet (de Clermont-Ferrand); au deuxième tour, à MM. Cauchois (de Rouen) et Houzel (de Boulogne-sur-Mer). — A. T.

FORMULAIRE

Des instillations de cocaine contre l'otite. — Hobbs.

Dans un cas d'otite moyenne aiguë très douloureuse, l'auteur a instillé dans la trompe, deux gouttes d'une solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 p. 100, à l'aide du cathéter, et il a fait disparaître la douleur pendant environ deux heures. Deux gouttes d'une solution à 4 0|0 amenèrent un soulagement pendant huit heures. Finalement, la douleur fut combattue par la pulvérisation d'une solution de cocaïne et de glycérine dans la fosse nasale correspondante, suivie de l'expérience de Valsalva.

L'auteur a traité de même dix autres cas, avec plus ou moins de succès. Dans un de ces cas, un bourdonnement datant de six mois et provenant d'une inflammation antérieure, fut complètement guéri. — Le chlorhydrate de cocaïne, mis en contact avec la face externe du tympan, ne calme point l'otalgie.

COURRIER

Par décret, en date du 31 décembre 1887, ont été nommés dans la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur de Lacaze-Duthiers, membre de l'Institut.

Au grade d'officier. — M. Colin, professeur honoraire des écoles vétérinaires.

Au grade de chevalier. — MM. Lépine, professeur à la Faculté de médecine de Lyon ; Charpentier, membre de l'Académie de médecine.

— Par décret, en date du 31 décembre 1887, a été nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur : Mme de Moissac, en religion Sœur Marie, supérieure des sœurs de Saint-Vincent de Paul, au Val-de-Grâce ; cinquante-quatre ans de service dans les hôpitaux, dont trente-deux au Val-de-Grâce a assisté aux épidémies cholériques de 1855, 1856, 1867 et 1868.

— Par décret, en date du 2 janvier 1888, sont promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — MM. les docteurs Potain, professeur de clinique médicale à la Faculté de médecine de Paris ; du Mesnil, médecin de l'Asile de Vincennes.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis ; Landouzy, médecin de l'hôpital Tenon ; Fredet, médecin de l'hôpital général de Clermont-Ferrant ; Peulevé, chirurgien des hôpitaux d'Amiens.

— Par décret, en date du 2 janvier 1888, a été nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur : Mme Richard (Philomène), en religion Mère Marie-Virginie, supérieure de l'hôpital de Saïgon, supérieure générale des sœurs de Saint-Paul-de Chartres en

©BIU Santé

Cochinchine, Chine et Japon ; plus de vingt-cinq ans de services en Cochinchine ; épidémie de choléra à Mytho en 1865 ; a traversé 15 épidémies de choléra, 21 épidémies de de fièvre typhoïde et 9 épidémies de variole.

— Par décret, en date du 3 janvier 1888, M. le docteur A. Robin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 3 janvier 1888, M. Blanc, médecin-inspecteur de l'établissement thermal d'Aix-les-Bains, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 décembre 1887, MM. les docteurs Jablonski, médecin du lycée de Poitiers, et Massot, membre du bureau d'administration du collège de Perpignan, sont nommés officiers d'Académie.

— On lit dans la *Province médicale*, de Lyon :

« Il y a quelques semaines, des professeurs appartenant aux quatre Facultés lyonnaises se sont réunis et ont projeté l'établissement d'un organe périodique, qui réunirait les travaux de l'Université lyonnaise tout entière. Ce projet, présenté à l'Assemblée des professeurs de toutes les Facultés, a reçu leur approbation et est entré en voie d'exécution.

« Le *Bulletin des Facultés de l'Université lyonnaise* sera rédigé par un comité de seize membres, quatre par Faculté. Il paraîtra périodiquement et, au début, chaque trimestre. Il contiendra une analyse des travaux des professeurs et de leurs élèves, de tout ce qu'auront produit les thèses, les laboratoires, les cliniques, etc. Pour bien établir la fusion, les matériaux seront classés, non pas d'après la Faculté dont ils émanent, mais d'après leur nature. Un travail de chimie sera placé au chapitre « chimie », que son auteur appartienne aux sciences ou à la médecine; certaines questions médico-légales seront inscrites au chapitre du droit.

« En fondant cet organe, l'Université lyonnaise a eu pour but de montrer à tous quelle somme de travail représente son action, quel rôle elle joue dans la vie intellectuelle du pays. Elle espère aussi que beaucoup de ses œuvres, systématiquement oubliées quand elle les confie aux Académies, aux journaux de la capitale, ne pourront passer inaperçues quand elles seront indiquées et analysées dans un recueil dont l'importance, la notoriété, le caractère presque officiel, s'imposeront à l'attention et au souvenir. »

— M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, a pris la direction des *Archives de Tocologie*, journal mensuel d'obstétrique et de gynécologie fondé en 1874 par Depaul, et publié chez Delahaye et Lecrosnier. Nous souhaitons les meilleurs succès au nouveau directeur.

— Le mardi, 31 janvier 1888, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, en un lot, de la fourniture d'*acide phénique* nécessaire au service de la Pharmacie centrale des hôpitaux pendant l'année 1888.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 11 heures à 4 heures.

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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte, gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU 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 343 du 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. Bertrand 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.

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — 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.

BULLETIN

L'anthrax peut être considéré comme une maladie générale infectieuse, susceptible de produire à distance des foyers secondaires de même nature que l'accident primitif : telle est la proposition démontrée par M. Verneuil à l'Académie des sciences; proposition grosse de conséquences pratiques, car elle fait voir les dangers de la malaxation de l'anthrax, qui peut faire pénétrer dans le torrent circulatoire les germes infectieux, et les avantages du traitement antiseptique *intus et extra : intus* par l'antipyrine, qui a fait tomber rapidement la fièvre ; et *extra* par les pulvérisations phéniquées sur l'anthrax, ainsi que M. Verneuil l'a mis plusieurs fois en pratique avec succès.

L'antipyrine, comme nous le disions dans notre dernier *Bulletin*, voit s'étendre de jour en jour le cercle de ses applications. Ainsi que M. Verneuil l'a dit récemment à l'Académie de médecine et comme il l'a rappelé lundi dernier à l'Institut, elle a donné de bons résultats dans le traitement de l'infection secondaire de l'anthrax; le lendemain, à l'Académie de médecine, M. Ossian Bonnet la préconisait dans le traitement du mal de mer, en s'appuyant sur le chiffre respectable de 57 observations; mais chacun a un peu son remède contre le mal de mer : M. Chatin en cite un que connaît un de ses compatriote, mais dont il conserve la recette; M. Le Roy de Méricourt et M. Rochard, qui ont beaucoup navigué, penchent pour les alcooliques, le champagne en particulier; M. Javal défend le chloral; d'autres le bromure de potassium. Faudrait-il donc vraiment, pour qu'un médicament réussisse contre le mal de mer, qu'ont ait confiance en lui, comme le prétend M. Le Fort? Ce serait là un phénomène qui friserait la

FEUILLETON

CAUSERIE

Les Museux, chirurgiens rémois.

Bien des personnes m'ont déjà demandé qui était l'auteur des pinces de Museux, et n'ayant trouvé aucun article bibliographique sur un chirurgien de ce nom dans les *biographies médicales*, ni même dans le *Dictionnaire encyclopédique* de Dechambre, je n'avais pu répondre d'une manière satisfaisante.

Une notice courte, mais pleine d'intérêt sur les Museux, chirurgiens rémois, par M. le docteur Octave Guelliot, chirurgien des hôpitaux de Reims, vient de combler heureusement la lacune qui existait à ce sujet dans l'histoire de la chirurgie.

Trois chirurgiens de Reims ont porté ce nom. Le premier, Pierre, dont on ignore la date de naissance, fut reçu maître chirurgien en 1717 et mourut en 1752; le second, Nicolas, neveu du précédent, naquit en 1714, vint étudier la chirurgie à Reims, obtint la maîtrise en 1736, fut nommé en 1750 chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, et mourut en 1783; ce fut lui qui inventa la fameuse pince. Le troisième Museux, fils du précédent, nommé Pierre comme son grand oncle, naquit en 1745, étudia la chirurgie d'abord à Reims, sous son père et son collègue Caqué, puis à Paris sous Louis, Brasdor, Luc, Sabatier, obtint la maîtrise en 1769 pour la ville de Reims, la place de chirurgien en

©BIU Santé

suggestion, véritablement. Mais on n'en est encore qu'aux hypothèses relativement à la pathogénie de cette affection, et une de plus ou de moins importe peu.

Quant à l'antipyrine, M. de Méricourt n'en est pas aussi enthousiaste que M. Legroux dans le traitement de la chorée, dont il a été question la semaine dernière, car, dans un cas, il n'a obtenu qu'une aggravation des accidents.

La semaine dernière, à la Société de biologie, l'antipyrine était préconisée non plus comme antipyrétique ni antiseptique interne, ni comme calmant du système nerveux, mais comme topique, par M. Hénocque. Déjà, en 1884, M. Hénocque avait attiré l'attention sur les propriétés hémostatiques de cette substance appliquée sur les plaies, en poudre, en pommade ou en solution; il pense aujourd'hui qu'elle possède, de plus, des propriétés antiseptiques et qu'elle exerce peut-être même une action favorable à la cicatrisation.

A signaler encore, dans le bilan de la semaine : à l'Académie des sciences, une communication de M. Hénocque sur les variations de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez l'homme sain et chez l'homme malade ; — à l'Académie de médecine, des communications de M. Prengrueber (de Palestro), sur les dangers de la variolisation chez les indigènes kabyles; de M. Danion, sur le danger des hautes intensités galvano-caustiques chimiques dans le traitement des affections utérines; de MM. Hanriot et Ch. Richet, sur les variations des échanges respiratoires avec la ventilation pulmonaire et sous l'influence du sommeil; de M. F. Poncet, sur la lèpre oculaire tuberculeuse; — à la Société de biologie, une réclamation de priorité de M. Arloing au sujet de l'action anesthésique de la cocaïne, qu'il a étudiée de la même manière que M. Laffont et avec les mêmes résultats, communiqués en 1885 à la même Société; de M. Brown-Séquard, sur la toxicité de l'air expiré, etc.

Nous appelons l'attention de nos lecteurs sur les modifications apportées par la commission de revision du règlement du service de santé des hôpitaux dans le concours de la médaille d'or de l'internat. — L.-H. P.

---

survivance de l'Hôtel-Dieu en 1771 et devint titulaire de cette place en 1783, après la mort de son père; il mourut en 1817.

La date de l'invention de la pince dite de Museux n'est pas exactement fixée; Louis en parla pour la première fois dans son mémoire *sur la rescision des amygdales tuméfiées* publié en 1774 dans le tome V des *Mémoires de l'Académie de chirurgie;* mais dès le mois de juin 1772 il demandait au collègue de Museux, Caqué, son avis sur cette pince; celle-ci était donc déjà connue depuis quelque temps, et on peut dater son invention de 1770 environ.

« Les descendants du chirurgien rémois, dit M. Guelliot, possèdent encore l'instrument original, premier essai de la pince qui devait rendre célèbre le nom de son inventeur. Cette pince, fabriquée grossièrement par quelque coutelier de la ville, a la même longueur (16 centimètres) que celle qui est figurée dans les *Mémoires* de l'Académie de chirurgie (t. V, planche XII, figure 3). Les anneaux sont épais, la fourche de l'extrémité est carrée et les dents s'engrènent mal. De plus, elle est droite; l'idée ingénieuse de courber les branches n'est venue que plus tard à Museux. »

M. Guelliot nous donne encore des détails très curieux sur Nicolas Museux. Lorsqu'il obtint la maîtrise, en 1736, ce titre le faisait à la fois barbier et chirurgien; il s'installa donc en cette double qualité; mais, après le fameux décret du 26 avril 1743, qui séparait à jamais les barbiers et les chirurgiens, en même temps qu'elle élevait le niveau moral et scientifique de ceux-ci, et qui fut le point de départ de la création de l'Académie de chirurgie, il fallut opter. « Museux, dit M. Guelliot, abandonna naturellement

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 9 janvier 1888.

Des abcès profonds et lointains consécutifs à l'anthrax, par M. VERNEUIL. — On savait depuis longtemps que le furoncle et l'anthrax, affections cutanées et primitivement locales, peuvent plus tard, à la manière des maladies générales, provoquer des accidents graves, allant jusqu'à la mort inclusivement et démontrant jusqu'à l'évidence l'envahisssement de l'organisme tout entier.

On rapportait ces accidents, il y a quelques années encore, soit à la violence de l'inflammation locale, soit à la pyohémie partie de la tumeur de la peau comme d'une plaie.

En 1881, M. Pasteur a découvert la nature microbienne des affections qui nous occupent et démontré qu'elles étaient caractérisées par la présence du *staphylococcus aureus*, auquel était dû d'autre part le développement de l'ostéomyélite infectieuse. Cette constatation aurait pu faire comprendre comment l'affection locale devenait maladie générale; il eût suffi de démontrer la pénétration du microbe en question dans le torrent circulatoire et son arrivée dans les différents points de l'organisme, mais, par malheur, cette démonstration ne fut pas faite, car on ne put jamais trouver dans le sang de la circulation générale le *staphylococcus aureus*.

Je n'ai pas été plus heureux que les autres, mais je puis prouver aujourd'hui, à l'aide d'un procédé différent, que le microbe de l'anthrax, est capable d'être transporté à distance et de coloniser loin de son foyer initial, ce qui ne peut se faire que par l'intermédiaire du torrent circulatoire.

Je suis arrivé à cette démonstration moitié par l'observation clinique et moitié par les procédés de laboratoire.

Léontine G..., 42 ans, femme de ménage, entre le 9 novembre 1887 dans mon service pour un abcès de la partie supérieure de la cuisse. Cette femme, d'apparence chétive, jouissait cependant d'une assez bonne santé, lorsqu'elle fut atteinte dans les derniers jours d'octobre d'un anthrax de la nuque du volume d'un œuf de poule, extrêmement douloureux et accompagné de fièvre et de symptômes généraux.

Le cinquième jour, elle s'était rendue à pied à la consultation d'un médecin qui avait

---

le plat à barbe, mais d'une façon aussi originale que piquante. » Voici l'anecdote, telle que la racontait un de ses descendants :

« Ses mesures prises à l'avance, son plan bien arrêté à l'insu de tous, il le fait exécuter en une nuit. Le lendemain, jour de marché, ses pratiques de la ville et de la campagne, les porteurs de mentons rustiques et citadins, habitués à se confier aux doigts et à la dextérité du grand chirurgien, s'acheminent vers la boutique, mais ils vont donner tour à tour, non sans quelque surprise, contre la façade d'une petite maison bourgeoise. On s'arrête, on croit s'être trompé, on regarde tout autour; mais ni là, ni aux environs, ne se retrouvent plus ni le vitrage bien connu, ni l'enseigne qui, la veille encore, balançait les boîtes du chirurgien et les bassins du barbier, emblèmes distinctifs de la réunion des deux professions. On se décide enfin à frapper à la maison neuve, à demander des nouvelles de la maison disparue. Mais le mot était donné, on feint de ne pas les comprendre : — « Jamais barbier ne tint boutique à cet endroit. » — On s'amuse de leur embarras, et il leur fallut s'en retourner sans autre éclaircissement, et garder leur barbe ce jour-là, si mieux ils n'aimèrent les remettre, sauf à être écorchés, à la main inconnue de quelque barbier étuviste. »

Mais, en abandonnant le plat à barbe, Museux eut une compensation; il avait reçu, à Reims, des leçons et avait hérité des instruments d'un dentiste, Delafeuille, élève lui-même de Capron. Il écrivit même sur l'art dentaire un opuscule terminé par un véritable boniment.

« Je crois pouvoir promettre de tirer toutes les espèces de dents qui ne pourraient

©BIU Santé

d'abord incisé la tumeur au bistouri, puis exercé sur elle des pressions fortes et réitérées pour en faire sortir les bourbillons. Ces manœuvres furent très pénibles, et, tout en amenant un soulagement local, accrurent le malaise général.

Le lendemain, la malade se plaignait d'une douleur très vive dans le pli de l'aine gauche, qui rendait la marche impossible. Après être restée quelques jours chez elle, sans soins suffisants, elle se fit transporter à l'hôpital et entra dans mes salles. C'était le 9 novembre.

Le 10 au matin, je reconnus, à l'angle externe du triangle de Scarpa, un empâtement profond, mal limité, mais encore peu saillant, avec une fluctuation encore obscure au centre. Je diagnostiquai un abcès en voie de formation, indépendant des gaines des vaisseaux et des ganglions inguinaux.

A ce moment, la plaie du cou était complètement cicatrisée.

Le 14, quatre jours plus tard, j'ai ponctionné l'abcès et j'en ai extrait environ 60 grammes de pus, après quoi j'ai poussé dans la cavité purulente 20 grammes d'éther iodoformé pour stériliser la paroi. La fièvre et les malaises généraux persistèrent, et le pus se reproduisit rapidement.

Le 18, je fis l'incision de l'abcès avec le bistouri, je plaçai un drain dans le foyer et lavai soigneusement la cavité purulente avec un liquide antiseptique. La guérison, assez lente à se produire, n'a été obtenue qu'au commencement du mois de janvier.

Voici maintenant le complément fourni par les recherches microbiennes. Lorsque j'ouvris l'abcès, je priai un de mes internes les plus distingués, M. Gerlier, de recueillir du pus pour l'examiner d'abord et soumettre ensuite à des épreuves de culture les micro-organismes qu'il rencontrerait. Quelque temps après, M. Gerlier m'apprenait que le pus de l'abcès contenait un grand nombre de micro-organismes appartenant exclusivement au genre *staphylococcus aureus*, caractéristique de l'anthrax.

Nul doute donc que ce microbe n'ait été transporté de la nuque au triangle de Scarpa et, après l'anthrax du cou, n'ait fait naître l'anthrax du tissu conjonctif de la cuisse.

Je citerai une autre observation d'abcès éloigné et profond se produisant à la suite d'un anthrax, non pas soudainement et par le mécanisme de l'auto-inoculation traumatique, mais sous l'influence de causes générales, telles que le froid et la fatigue, très capables de faire naître, renaître et multiplier les manifestations des maladies infectieuses.

M. P..., docteur en médecine, âgé de 32 ans, de bonne constitution, fut atteint, du 15 au 31 août 1871, de trois orgelets des paupières : les deux premiers à gauche, le

---

être conservées...; les racines les plus cachées, germe fécond de tant de fluxions et d'abcès, n'échapperont point aussi à mes efforts; la forme heureuse de mes instruments, l'exercice et l'usage me donnent cette confiance et même celle d'adoucir autant qu'il est possible la douleur inséparable de cette opération... Je me flatte aussi de dégorger sans douleur les gencives qu'inonde l'abondance du sang; de raffermir les dents branlantes lorsque la gencive ne sera point considérablement viciée; si elle était trop rongée, alors je les soutiendrai à l'aide d'un fil d'or ou de soie; je promets même que, par une heureuse imitation de la nature, je pourrai substituer des dents qui représenteront celles qui ne seraient plus, et qui les remplaceraient dans leurs principales fonctions. »

Comme dentiste, Nicolas Museux vendait des poudres et des opiats « dans lesquels on peut avoir toute confiance ». C'était alors, comme maintenant, les beaux jours de la réclame; mais, en 1750, Museux, devenu chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu, puis correspondant de l'Académie royale de chirurgie, s'adonna davantage à la chirurgie elle-même. On a de lui des relations d'opérations de hernie, de taille, d'hydrocèle, d'anévrysme qui démontrent son habileté dans cet art.

M. Guelliot en a trouvé de nombreuses preuves dans les Registres de l'Hôtel-Dieu. Nous en avons dit assez pour montrer tout l'intérêt de ses recherches et pour la recommander à l'attention de ceux qu'amusent les recherches consciencieuses dans les vieux Registres.

©BIU Santé

troisième à la paupière inférieure droite. Le 1er septembre suivant, on constate l'apparition d'un furoncle sur la lèvre supérieure du même côté, puis enfin on voit se développer, encore à droite, sur la joue, un anthrax qui, après avoir été incisé, guérit complètement le 16 septembre.

Pour arrêter cette furonculose, il part le 18 septembre pour Châtel-Guyon, où il commence une cure purgative en ingérant quatre à cinq verres d'eau tous les matins et en prenant un bain de piscine. Le résultat est nul; l'appétit ne revient pas. De plus, M. P... commet de nombreuses imprudences; il fait des courses prolongées, se fatigue, se surmène. Certain jour, le 27 septembre, il est surpris par un violent orage et, fortement mouillé, se réfugie dans une grotte froide et humide, où l'eau suinte de toutes parts.

Bref, trente heures plus tard, il était pris d'un violent frisson, d'une fièvre intense, avec douleur extrêmement vive dans la région lombaire du côté gauche. Le lendemain, les mêmes symômes persistent. Ce que voyant, le 30 septembre, il s'empresse de quitter Châtel-Guyon, revient chez lui et s'y alite pour plusieurs mois.

Les accidents avaient pour cause un volumineux abcès occupant le flanc gauche depuis l'hypochondre de ce côté jusqu'à la fosse iliaque. Cet abcès ne guérit que dans le cours du mois d'avril de l'année suivante, grâce aux soins les plus attentifs et les plus assidus.

Voilà donc un sujet robuste qui, atteint de furonculose à divers degrés (orgeolets, furoncle, anthrax) dont il guérit facilement d'ailleurs, tente, pour y couper court, une saison thermale. Voulant remédier sans doute aux troubles digestifs qu'avait laissés après elle l'infection anthracique, il choisit malencontreusement une station d'eau purgative. Non moins imprudemment il se surmène par des marches excessives et s'expose itérativement au froid, sans soupçonner qu'il porte encore en lui et dans son torrent circulatoire même les germes latents de l'anthrax à peine épuisés.

Ces germes retrouvent dans l'organisme fatigué un milieu propice et, aidés d'ailleurs par l'action du froid, si favorable à l'introduction, la diffusion et la prolification de la plupart des microbes, s'arrêtent, s'inoculent, se multiplient dans un espace conjonctif très distant du mal initial, et y font naître une collection purulente avec tout le cortège symptomatique des phlegmons les plus violents.

Il est difficile, je crois, de trouver une observation clinique plus précise et se rapprochant davantage d'une expérience de laboratoire.

Lectures on the surgical disorders of the urinary organs, par Reginald Harrisson, chirurgien de l'hôpital de Liverpool, etc. — 3e édition, London, Churchil et Cie, 1887.

Ayant peu souvent l'occasion de parler à nos lecteurs des ouvrages étrangers, nous le faisons d'autant plus volontiers aujourd'hui que le livre de M. Harrison, outre son mérite intrinsèque, possède la qualité assez rare de n'être pas rédigé avec l'idée préconçue de laisser de côté les productions françaises. S'il nous arrive parfois de traduire même les ouvrages « où notre science nationale est dénigrée ou traitée avec mépris », on pourrait traduire celui de M. Harrison sans s'exposer à ce reproche.

Dans ses leçons sur les affections chirurgicales des organes urinaires, leçons cliniques où d'ordinaire l'érudition n'occupe pas une très grande place, M. Harrison montre, par des citations exactes, qu'il connaît et apprécie les travaux de nos compatriotes. Par exemple : ceux de Desormaux, sur l'endoscope; de Delefosse, sur la contracture du col vésical; de Guiard, sur la pneumaturie diabétique; de Bouchard, sur la toxicité des urines, dont il donne une longue analyse; de Trousseau, sur la compression de la prostate contre les émissions spermatiques involontaires; de Civiale et de Maisonneuve, sur l'uréthrotomie interne; de Lallement, sur la cautérisation du col de la vessie; de Reliquet, sur les fistules uréthrales non urinaires, sur l'extraction des corps étrangers de la vessie, sur la lithotritie rapide, sur la persistance du canal de Müller, sur le carcinome villeux diffus de la vessie (avec M. Cornil); de Mercier, sur l'hypertrophie de la prostate; de Civiale, sur le drainage périnéal après la taille, sur la lithotritie; de Po-

©BIU Santé

Des variations de l'activité de réduction de l'oxyhémoglobine chez l'homme sain et chez l'homme malade, par M. A. HÉNOCQUE. — Dans une communication précédente, j'ai décrit la méthode d'hématoscopie, qui permet de mesurer l'activité de la réduction de l'oxyhémoglobine dans le pouce, c'est-à-dire l'énergie des échanges de l'oxygène entre le sang et les tissus. Cette notion nouvelle est très importante pour l'étude des phénomènes de la nutrition à l'état physiologique et plus encore à l'état pathologique, ainsi que le démontre le résumé succinct des observation que j'ai faites sur 370 individus (1) :

1° Les agents physiques modifient l'activité de réduction par action locale ou par action générale. L'application de la glace sur le pouce abaisse l'activité des deux tiers, mais celle-ci est triplée, dans la réaction consécutive, dans le pouce refroidi et augmentée aussi dans l'autre pouce. La chaleur élève l'activité soit par action locale sur le pouce, soit par action générale sous forme de bains chauds. Les douches chaudes ou froides produisent l'augmentation de l'activité. A l'état physiologique, l'activité est plus faible le matin; elle atteint son maximum au moment des repas et dans les deux heures suivantes; elle diminue vers six heures et, en général, à l'état de jeûne, à la suite de veilles, de fatigues corporelles ou intellectuelles; elle est augmentée par les efforts musculaires, les exercices tels que la marche, la course, le saut, l'ascension, le massage;

2° La diminution de l'activité de réduction dans les divers états de maladie peut varier entre 0.75 et 0.19; elle accompagne habituellement l'abaissement de la quantité d'oxyhémoglobine, comme chez les cachectiques, cancéreux, phthisiques, chez les dysentériques et, en général, dans les maladies où le ralentissement de la nutrition est prononcé. Mais, dans certains cas d'obésité, d'embarras gastrique, d'ictère, de cirrhose, de goutte, cette diminution peut exister sans abaissement notable de la quantité d'oxyhémoglobine.

La diminution de l'activité constitue un caractère spécifique de certaines maladies; c'est ainsi que, dans la chlorose, il y a en même temps que l'anémie un abaissement de l'activité qui peut descendre au minimum 0.19. Dans tous les cas, chez les chlorotiques, l'activité de réduction est plus faible que chez les anémiques d'origine diverse, à

(1) L'activité de réduction a pour unité de mesure la quantité d'oxyhémoglobine réduite en une seconde dans le pouce à l'état normal, celle-ci est égale à 0,2 p. 100 de la quantité d'oxyhémoglobine du sang.

laillon, sur les rapports du péritoine avec la vessie; enfin, de M. le professeur Guyon et de ses élèves, sur différents sujets, en particulier l'ablation des tumeurs de la vessie par la taille hypogastrique.

Nous trouvons encore différentes expressions employées couramment dans ce livre : *boutonnière*, *goutte militaire*, *tour de maître*, *cathéter coudé*, appelé *french catheter*, *bougie à boule*, etc.

On ne peut évidemment s'étonner de voir un écrivain anglais préférer, dans les dénominations données à une maladie, celle qui porte le nom d'un médecin ou d'un chirurgien anglais, par exemple de lui voir appeler la divulsion, que nous dirions opération de Voillemier, *opération de Holt*, — mais on chercherait vainement dans le livre de M. Harrison de ces erreurs grossières et vraiment inexplicables que nous avons relevées dans la traduction de la pathologie générale de Billroth, et qui consiste à faire des auteurs français des étrangers et de les appeler, par exemple, von Laënnec.

Les sujets traités dans ces leçons classiques, tout à fait au courant de la science, sont : les rétrécissements et spasmes de l'urèthre, avec l'anatomie chirurgicale de la région, l'examen de l'urine et l'influence de sa composition sur les résultats des opérations chirurgicales pratiquées sur les voies urinaires, — les fièvres urineuses, la rétention d'urine, les conséquences des rétrécissements sur la vessie, l'uretère, le rein; — les fistules périnéales; — l'hématurie, — la tuberculose de l'appareil urinaire — les affections de la prostate et de la vessie; — les malformations des organes génito-urinaires; — les écoulements de l'urèthre; — quelques points de la chirurgie des uretères et des

©BIU Santé

proportion égale d'oxyhémoglobine, et même elle peut persister alors que l'anémie a disparu.

Dans l'épilepsie, l'activité est abaissée, quelle que soit la quantité d'oxyhémoglobine. Les diabétiques présentent habituellement une diminution notable de l'activité. Dans la fièvre typhoïde, il y a, dès le début, abaissement de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de réduction; cet état s'accentue, puis disparaît peu à peu dans la convalescence;

3° L'augmentation de l'activité de réduction varie de 1.22 à 1.50 et 2. Elle a été observée à l'état de santé passagèrement, ou chez des hommes sanguins, dans les manifestations congestives de l'arthritisme, telles que congestions pulmonaires, angine et fièvre herpétique, dans le purpura rhumatismal et certains cas de glycosurie. Elle peut se présenter avec des quantités faibles d'oxyhémoglobine, de 8 à 9 p. 100, dans l'irritation spinale, l'alcoolisme et chez des individus sanguins, à la suite d'hémorrhagie;

4° L'activité moyenne, variant de 0.80 à 1.20, a été rencontrée dans les conditions les plus diverses. Elle peut atteindre la normale alors même qu'il y a une quantité faible d'oxyhémoglobine, par exemple dans la goutte, l'alcoolisme chronique, l'anémie, la tuberculose, les affections cardiaques; dans ces cas, elle est passagère ou provisoire;

5° Les agents thérapeutiques modifient l'activité de réduction, soit en l'augmentant comme les préparations martiales, les toniques, les amers, la noix vomique, soit en la régularisant comme les iodures ou en la diminuant comme l'acétanilide. Les médications thermo-minérales agissent en sens divers, suivant les moyens employés et la composition des eaux; dans tous les cas, la constatation des modifications de l'activité de réduction fait apprécier avec certitude l'action des médications.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 décembre 1887. — Présidence de M. Fraisniaud.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée : Journaux et revues de la quinzaine; — *Annales d'orthopédie*, t. Ier, première année, numéro du 15 décembre 1887; — *Das perturbaçoes cerebraes no alcoolismo sub-agudo*, par le docteur Tiberio d'Almeida (de Rio-Janeiro), 1887; — du ministère de l'instruction publique : *Revue des travaux scientifiques*, t. VII, nos 5 et 6; —

---

reins; etc. Nous devons faire remarquer que non seulement le traitement de ces affections, mais encore leur pathologie y sont décrits avec les mêmes développements. Nous signalerons en particulier : la dégénérescence épithéliale des fistules anciennes, les tumeurs de l'appareil urinaire; le sphacèle aigu de la vessie dans les affections de la moelle, etc.

Ajoutons enfin que l'ouvrage, édité avec grand soin, renferme de nombreuses figures d'une netteté parfaite. L.-H. Petit.

Traitement de la Blennorrhagie chronique. — Diday.

Lorsque la blennorrhagie est devenue chronique, et que l'écoulement conserve encore de la purulence, si le malade n'a pas pris de copahu depuis six semaines au moins, il y a des chances que cette oléo-résine se montre efficace. On prescrit alors les pilules suivantes :

Baume de copahu, 12 grammes; magnésie, quantité suffisante pour faire des pilules de 2 décigrammes. — Prendre, trois fois par jour, quatre de ces pilules; les continuer pendant douze jours; puis, pendant huit jours encore, en prendre trois le matin et trois le soir.

En même temps, faire trois injections par jour avec la solution suivante :

Sulfate de zinc, 1 gramme; acétate de plomb, 2 grammes; laudanum de Sydenham et teinture de cachou, aà 3 grammes; eau distillée, 250 grammes. — Le matin et le soir, lotions froides sur le périnée, les bourses et le bas-ventre. — N. G.

©BIU Santé

Un volume intitulé : *Collections des anciens alchimistes grecs*, par M. Berthelot, première livraison.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. Bergeron, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

— M. LE PRÉSIDENT fait part à la Société de la perte qu'elle vient d'éprouver en la personne de M. Achille Foville, qui, membre titulaire de 1869 à 1872, était resté attaché à la Société comme membre correspondant, quand il fut appelé, en 1872, à la direction de l'asile de Quatre-Mares (près Rouen).

— M. DE BEAUVAIS : Avant de nous séparer de notre cher trésorier, qui, depuis seize ans, remplit son importante mission avec autant de zèle que de dévouement, je propose à la Société de vouloir bien voter une médaille d'or à l'honorable M. Perrin, en témoignage de notre profonde gratitude et de notre haute estime.

Cette proposition est accueillie par acclamation unanime.

— M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société que M. le docteur Fernand Roux, lauréat du prix Duparcque, assiste à la séance, et, en lui remettant la médaille d'or, il prononce les paroles suivantes :

Messieurs,

Dans la séance du 26 novembre dernier, après avoir entendu le remarquable rapport de notre collègue M. Thevenot, au nom de la commission du prix Duparcque pour 1887, vous avez, à l'unanimité, décerné ce prix à M. le docteur Fernand Roux (de Paris). C'est une bien agréable mission pour moi d'avoir à le lui remettre.

Le vénéré donateur, dont la générosité nous permet ainsi de faire un heureux chaque année, aimait beaucoup les jeunes, surtout les laborieux. Il applaudirait de grand cœur aujourd'hui en voyant celui que vous avez récompensé. Que du moins son âme bienfaisante en recueille une douce joie et que le souvenir de sa libéralité soit pieusement évoqué en ce jour!

Je vous invite, Monsieur Roux, à monter au bureau et je vous remets le prix Duparcque au nom de la Société de médecine de Paris. (Applaudissements.)

— M. DESNOS lit un travail intitulé : *Sur quelques accidents consécutifs à des lavages de la vessie sans sonde.* (Sera publié.)

M. RELIQUET : En 1863, dans le service de mon maître, M. Maisonneuve, dont j'étais l'interne, un médecin vint montrer un appareil pour injecter les liquides dans la vessie de l'homme par l'urèthre sans sonde. Il avait avec lui un vieillard qui, pour démontrer la facilité de ce mode d'injection, remplissait une seringue à hydrocèle d'eau tiède, mettait la canule de cette seringue, garnie d'un bourrelet de sparadrap, dans son méat; puis, appuyant l'anneau de la tige du piston contre le mur, il chassait ainsi le liquide dans l'urèthre, et de là dans la vessie en s'approchant lentement du mur jusqu'à ce que la seringue fût vide. Cette manœuvre d'injection se faisait sans la moindre difficulté, et le vieillard urinait après le liquide injecté.

Se basant sur ce fait absolument exceptionnel, l'auteur nous montrait un siphon ordinaire en caoutchouc, avec robinet d'arrêt, se terminant par un bout de tube en caoutchouc terminé en cul-de-sac. Mais le cul-de-sac était fendu exactement comme la soupape en caoutchouc des appareils à transfusion. Il mettait ce bout de caoutchouc dans l'urèthre, et, le siphon amorcé, le liquide arrivait dans l'urèthre et dans la vessie.

Vers 1872, ce même appareil me fut montré par un confrère qui suivait mon cours. Le confrère me dit merveille de son invention et me demande d'en faire l'essai; il m'affirme qu'il a eu de très bons résultats.

Dans ces dernières années, il y a eu de nouvelles tentatives avec des appareils analogues, mais très perfectionnés. Seulement les inconvénients réels sont toujours les mêmes, surtout chez l'homme, c'est-à-dire ceux produits par la distension de la région profonde de l'urèthre provoquant de véritables orchites ou des prostatites, ainsi que cela a été observé par M. Desnos dans l'un des faits qu'il vient de nous communiquer. Puis ce liquide, qui arrive dans la vessie, ne peut être évacué que par l'acte de la mic-

©BIU Santé

tion. Si la miction est incomplète, comme dans le quatrième fait de M. Desnos, on est exposé à aggraver l'état de distension de la vessie. Enfin, la miction étant nécessaire pour évacuer le liquide, dès que la vessie ne se vide pas ou qu'elle présente des cavités entre les colonnes, qu'il faut nettoyer par ce procédé d'injection, vous n'évacuez rien des matières demi-solides comme mucus, pus, concrétions phosphatiques en voie de formation; tout cela reste dans la vessie malgré votre injection.

Enfin on se prive, en se servant de ces appareils, des éléments de diagnostic si importants que donne l'injection vésicale faite par la sonde conduite dans la vessie avec une seringue très sensible, très bonne. Celle-ci nous permet de reconnaître le degré réel de dilatabilité possible de la vessie, à la résistance que perçoit la main qui manie la seringue, dès que la vessie tendue résiste à l'arrivée du liquide.

Le premier j'ai décrit dans mon *Traité des opérations des voies urinaires*, 1870, ce mode de faire les injections vésicales. Civiale dit bien : » Les injections vésicales bien faites donnent de bons résultats; mal faites, elles sont dangereuses. » Mais il ne dit pas comment on doit les faire.

Comme je l'ai dit plusieurs fois ici, ce fait de percevoir la résistance de la vessie à l'arrivée du liquide, même avant que le malade en ait conscience, avant qu'il éprouve la sensation du besoin d'uriner est très importante. Ce fait est un guide, un vrai point de repère opératoire. Il indique la limite de l'injection, qu'on ne doit pas dépasser sous peine de provoquer des accidents. Il permet de reconnaître la véritable sensibilité de la vessie.

Ici je vous ai plusieurs fois parlé de la possibilité de dilater la vessie au moyen de l'injection faite avec la seringue. Dans ces cas, il arrive que le malade manifeste de la douleur avant que la vessie se contracte sur le liquide injecté; alors, en continuant à pousser le liquide jusqu'à ce que la vessie se contracte, on obtient une dilatation qui persiste.

Dans mes leçons sur les *Maladies des voies urinaires*, 1878 et 1885, j'insiste sur ce fait. Ainsi j'ai dilaté la vessie d'une malade de notre collègue, M. de Beauvais.

Lorsque le vessie peut se vider naturellement, que l'indication des lavages prolongés du pourtour du col vésical et de l'urèthre existe, je donnerai certainement la préférence à l'appareil que j'ai fait en 1865. Avec lui, le liquide provenant d'un siphon arrive dans la vessie par une sonde fine n°s 7 à 9. La vessie pleine, on ferme le robinet du siphon; le malade urine pardessus la sonde, le liquide arrivant à la fosse naviculaire est recueilli par un petit réservoir métallique ayant un tube extérieur porteur d'un tube en caoutchouc. Celui-ci conduit le liquide dans un vase à terre.

Avec cette appareil, j'ai soigné très heureusement les cavités de la prostate. et j'ai pu débarrasser le pourtour du col vésical d'incrustations calcaires. L'observation est justement dans le mémoire que j'ai lu à notre Société, à l'appui de ma candidature en 1872. (*Moyens propres à détacher les concrétions calcaires adhérentes à la vessie.*)

M. Budin : Vous avez entendu les réflexions et les remarques si judicieuses et si cliniques de notre collègue M. Reliquet. Il résulte de ce qu'il vient de dire qu'il faut, pour pratiquer le lavage de la vessie, une seringue bien calibrée avec un piston glissant facilement et un opérateur possédant une main très sensible et très sûre; sans cela, la distension exagérée de la vessie avec toutes ses conséquences se trouve aisément produite. Or, ces conditions sont loin d'être toujours réalisées. Ne pourrait-on pas, pour certains cas du moins, chercher un autre procédé ?

Il y a un peu d'analogie entre les lavages de la vessie et ceux de la cavité utérine. Considérées pendant longtemps comme dangereuses, les injections intra-utérines ne le sont plus aujourd'hui, grâce à l'emploi de sondes qui assurent d'une façon certaine le retour du liquide injecté. La thérapeutique des accidents puerpéraux a été, de ce fait, avantageusement modifiée. J'ai, pour ma part, commis une sonde; je ne le regrette pas, car elle m'a rendu les plus grands services, ainsi qu'à ceux de mes collègues qui l'ont employée. Son usage se répand considérablement, et on la demande de tous côtés, de la France et de l'étranger. Vous vous rappelez en quoi elle consiste. On peut se figurer qu'une partie de la paroi d'une sonde ordinaire a été refoulée vers l'intérieur, vers la cavité centrale

©BIU Santé

et qu'il en est résulté une dépression profonde sur toute la longueur. Une coupe perpendiculalre à la surface ne donnerait pas, comme pour la sonde ordinaire, la figure d'un cercle, mais celle d'un fer à cheval. Le liquide, après avoir pénétré dans l'utérus, peut sortir de la cavité de cet organe, en suivant la dépression profonde qui existe le long de la sonde et qui est formée par la courbure interne, par la courbure la plus petite du fer à cheval. Il est important que la surface qui représente l'ouverture de sortie du liquide soit égale à celle du canal d'entrée, car si la surface de sortie est trop grande, le liquide s'échappera trop facilement de l'utérus; si la surface de sortie est trop petite, le liquide s'accumulera dans l'intérieur de cet organe qu'il pourra distendre d'une façon exagérée. Il faut cependant qu'une certaine pression soit exercée sur la face interne de l'utérus pour que le lavage soit bien fait; cette pression sera plus ou moins considérable selon qu'on élèvera plus ou moins le récipient qui contient le liquide de l'injection.

Cette sonde, je le répète, nous rend tous les jours les plus grands services. Je me suis demandé si elle ne pourrait pas être utilisée dans les cystites puerpérales. Les dangers de la cystite puerpérale sont connus de tous, Mayor (de Genève) en particulier les a bien mis en lumière dans sa thèse. L'affection peut se propager aux uretères et aux reins; parfois la femme succombe. Il est donc important de guérir vite la cystite puerpérale. Il m'a semblé que, grâce à la sonde à canal en forme de fer à cheval, on pourrait laver la vessie en ne distendant ses parois que dans les limites strictement nécessaires, en ne déterminant par conséquent ni douleur, ni hémorrhagie. Pendant toute l'année 1886-1887, nous n'avons pas eu, grâce à l'antisepsie, un seul cas de cystite chez les femmes en couches à la Charité; j'en étais heureux pour les malades confiées à nos soins, mais je regrettais de n'avoir pas l'occasion d'essayer ma sonde. Il y a quelques semaines, j'ai été appelé par un très distingué confrère de l'armée pour voir, en province, sa sœur accouchée quelques jours auparavant; il y avait chez elle de la mammite, de la cystite puerpérale et du phlegmon péri-utérin. La miction était douloureuse, parfois impossible. La pression sur la vessie déterminait une vive sensibilité, les urines avaient une odeur ammoniacale infecte. On fit deux fois par jour de grands lavages de la vessie, en se servant de la sonde à canal en forme de fer à cheval et en employant une solution tiède d'acide borique à 4 p. 100. Ces lavages furent très bien supportés, la guérison de la cystite arriva rapidement; au bout de plusieurs jours, notre confrère ne trouvait plus au microscope trace de pus dans les urines. Comme l'urèthre de la femme est très dilatable, on peut faire usage de sondes d'un certain calibre, on lave ainsi plus facilement et plus complètement la vessie.

Je soumets donc à votre appréciation cette nouvelle méthode de traitement. Dans les cas de cystite puerpérale chez la femme (je ne veux actuellement parler que de ceux-là), elle rendra peut-être quelques services, et je serais heureux si de nouveaux faits, observés par mes collègues, venaient démontrer qu'elle constitue réellement un progrès.

M. Reliquet : La sonde dont vient de nous parler M. Budin a de grands avantages, cependant elle n'assure pas la dilatation suffisante des parois vésicales nécessaire pour débarrasser les loges intercolonnaires des mucus et phosphates plus ou moins durs, et cela parce que l'évacuation de sortie étant très assurée, il s'établit un courant à circuit très court de l'orifice d'entrée du liquide dans la vessie, vers la large voie de sortie. Mais, si elle ne peut convenir aux cas dont je viens de parler, elle est sûrement très utile dans ces cas de cystite puerpérale récente, là où il n'y a pas encore de colonne et par suite de cavité entre à nettoyer.

Elle peut être utile chez l'homme en lui donnant naturellement la longueur et la courbure voulues. En effet, c'est une longue sonde cannelée; dans ses parois est la voie d'arrivée du liquide dans la vessie; la large cannelure et la paroi de l'urèthre, qui va d'un bord à l'autre de la cannelure, constituent le tube de sortie, et cela depuis la vessie jusqu'à l'extérieur.

L'action du col de la vessie retenant le liquide est annihilée.

Il y a des cas d'excavation de la prostate, où, la miction naturelle étant pénible ou incomplète, j'ai eu de la peine les premières fois à faire accepter mon irrigateur de

©BIU Santé

l'urèthre et de la vessie dont je parle plus haut. Dans ces cas, je n'hésiterais pas à me servir de la disposition de la sonde de M. Budin donnée à une sonde d'homme.

M. Desnos : Je ne crois pas que l'on puisse établir une parité absolue entre l'utérus et la vessie. Certaines vessies se laissent distendre considérablement, puis, tout à coup, se contractent avec force, tandis que l'utérus n'est pas susceptible d'une distension semblable; c'est ce que j'ai très bien constaté dans les expériences que j'ai faites avec les sondes à double courant.

M. Budin : Il arrive parfois que l'utérus se laisse distendre et, à un moment donné, se contracte avec force. Il est facile, du reste, de régler la pression du liquide injecté, et, avec une main mise sur l'abdomen, de surveiller cette distension de l'organe. On pourrait faire la même chose pour la vessie.

M. de Beauvais : Je crois que M. de Saint-Germain a lui-même renoncé à la sonde à double courant qu'il avait inventée. J'ai employé cette sonde une fois chez une femme, et il y a eu des accidents formidables, une syncope qui a duré une heure.

M. Luc lit une observation de *tuberculose laryngée guérie par l'emploi de l'acide lactique et de l'iodoforme*. (Sera publiée.)

Election. — M. Antonin Martin est élu membre honoraire.

— La séance est levée à cinq heures trois quarts.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La question du service médical de nuit, au Conseil municipal de Vienne, n'est pas encore résolue. Dans un de ses précédents numéros, l'*Union médicale* a résumé les différentes opinions à ce sujet. Depuis ce temps, la Commission d'affaires sanitaires du Conseil s'est longuement occupée de cette difficile organisation. On semblait vouloir établir deux médecins par arrondissement : les frais préliminaires avaient été fixés à 14,000 florins. Les membres de la Commission veulent encore, avant de se décider, demander aux fonctionnaires compétents des détails sur les cas et circonstances dans lesquels les médecins refusent leurs soins pendant la nuit.

Fondation Donders. — Le professeur Donders, âgé de 71 ans, s'est démis depuis plus d'une année déjà de ses fonctions de professeur et de directeur du laboratoire de physiologie de l'Université d'Utrecht.

Un comité, qui compte aujourd'hui soixante-sept membres parmi les savants les plus distingués de la Hollande, s'est réuni dans le but de fonder un institut scientifique placé sous le patronage de l'illustre professeur, appelé fondation Donders, et destiné ainsi à perpétuer le nom du médecin qui, quarante années durant, fut la gloire de son pays. — Ch. S.

Aliénation mentale des nègres. — D'après le *Saint-Louis Courier of medecine*, décembre 1887, on compte aux Etats-Unis, parmi les nègres, 1 aliéné par 1,097 individus.

Armée russe. — Le *Saint-Louis Courier of medecine*, décembre 1887, nous apprend que l'armée russe possède 2,808 chirurgiens, 232 vétérinaires et 3,455 aides-médecins. L'armée russe, étant composée, sur le pied de paix, de 800,000 hommes, compte donc 1 chirurgien pour 300 hommes.

Syphilis héréditaire et rachitisme au Brésil. — Le docteur Moncorvo, après une longue pratique à Rio-Janeiro et dans la province de ce nom, affirme que, dans cette contrée, la syphilis héréditaire fournit 60 p. 100 des cas de maladies infantiles. Elle est le facteur le plus important de la mortalité de l'enfance, soit par son influence directe, soit par le degré de gravité qu'elle donne aux autres maladies. En outre, le docteur Moncorvo a observé le rachitisme chez 45 p. 100 des enfants soumis à son observation. Ce dernier fait est en contradiction formelle avec l'assertion du docteur Charles West, qui disait au Congrès de 1881, que, tandis que la syphilis était commune au Brésil, le rachitisme y était inconnu. (*Saint-Louis Courier of medecine*, décembre 1887.) — R.

©BIU Santé

COURRIER

ASSISTANCE PUBLIQUE. — *Transformation du concours de la médaille d'or de l'internat.* — A la dernière séance de samedi dernier, la Commission de revision du règlement sur le service de santé dans les hôpitaux de la ville de Paris a adopté les conclusions de M. Horteloup relativement aux modifications à introduire dans le concours de la médaille d'or.

Voici quelles sont les modifications apportées :

Dorénavant, il y aura deux médailles d'or, une pour la médecine, une pour la chirurgie et les accouchements. Il y aura également deux médailles d'argent pour les deux candidats classés après le premier. Les médailles d'or auront une année d'internat supplémentaire.

Les lauréats continueront à avoir les bourses de voyage. Il avait été question de les donner à des médecins ou chirurgiens du bureau central, mais cette proposition a été rejetée, et à juste titre, parce que l'on a pensé que les jeunes médecins ou chirurgiens du bureau central, ayant généralement une clientèle, la bourse de voyage serait pour eux un inconvénient bien plutôt qu'un avantage.

Seuls les internes de quatrième année pourront concourir.

Chaque jury sera composé de cinq juges. Quatre médecins et un chirurgien pour la médaille de médecine. Trois chirurgiens, un accoucheur et un médecin pour la médaille de chirurgie et accouchement.

Sur la proposition de M. Grancher, la commission a adopté un amendement d'après lequel le lauréat pourra continuer à choisir le service qu'il voudra pour son année supplémentaire, mais l'interne ou les internes désignés déjà pour le service choisi resteront dans ce service qui aura de la sorte un interne de plus.

Quant aux épreuves, elles consisteront en :

1° Un mémoire coté 30 points, comme par le passé, et qui serait la première épreuve du concours.

2° Une épreuve théorique orale sur un sujet de pathologie interne ou externe suivant la nature du concours (un quart d'heure de réflexion, un quart d'heure d'exposition), 20 points ont été accordés pour cette épreuve.

3° Epreuve écrite d'anatomie, de physiologie, et de pathologie interne ou externe, suivant le concours.

Trois heures sont accordées pour cette composition qui est cotée 20 points.

Ces mesures devront être ratifiées par le Conseil de surveillance et le Préfet de la Seine. (*Bulletin médical.*)

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LYON. — Un grave accident s'est produit vendredi soir au laboratoire de chimie organique et de toxicologie de la Faculté. M. le professeur Cazeneuve était occupé à surveiller une analyse dans son laboratoire particulier, lorsque le tube de verre contenant la matière en expérience fit explosion ; des débris de verre, de laiton et de briques réfractaires furent projetés de tous côtés avec une grande violence. M. Cazeneuve fut grièvement atteint à la face et notamment à l'un des yeux d'où M. le professeur Gayet a extrait le lendemain un petit fragment de verre. L'état du blessé est aujourd'hui aussi satisfaisant que possible. (*Bull. médical.*)

— La Société obstétricale et gynécologique de Paris tiendra désormais ses séances au Palais des Sociétés savantes, 14, rue des Poitevins. Les séances ont lieu à trois heures et demie, le deuxième jeudi de chaque mois. La première séance de l'année 1888 a eu lieu le jeudi 12 janvier.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. R. Blache : Quelques résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine. — II. Bibliothèque : Administration générale de l'Assistance publique à Paris. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Courrier.

Quelques résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine.

Par le docteur R. Blache.

J'ai eu l'honneur de communiquer à l'Académie de médecine, dans sa séance du 12 avril 1887, quelques observations à propos des résultats obtenus par l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine. Le précieux témoignage de bienveillance accordé à ce modeste travail prouve l'intérêt du corps médical pour les questions relatives à la protection de l'enfance, et m'encourage à continuer, sur l'année 1886, les études que j'avais appliquées à 1885 et aux années antérieures, pour y relever les faits saillants, établir des comparaisons instructives et dégager les conclusions qui peuvent avoir leur utilité.

Le nombre des enfants-nourrissons soumis à la surveillance, en 1886, a été de 4,943. Il n'avait été, en 1885, que de 4,817.

C'est donc une augmentation de 126 enfants surveillés à l'avantage de 1886. Pareille augmentation s'était produite en 1885 comparativement à 1884. Le nombre des enfants surveillés a donc augmenté de 252 en deux ans, et j'ajoute qu'il est supérieur de 492 à ce qu'il était en 1883, et de 592 à ce qu'il était en 1882.

Ces chiffres démontrent le développement de plus en plus considérable que prend, d'année en année, le service de la protection du premier âge.

Sur les 4,943 enfants surveillés en 1886, on en compte 1,582 pour Paris et 3,362 pour les communes suburbaines, soit 32 p. 100 pour l'un et 68 p. 100 pour les autres. Cette proportion, qui se maintient constamment, prouve que la loi Roussel reçoit partout une application uniforme dans le département de la Seine. Il n'en est malheureusement pas ainsi dans les autres départements, d'après un rapport récemment publié par M. l'inspecteur général Buquet.

Quant aux différents modes d'élevage employés pour les 4,943 enfants surveillés en 1886, on trouve :

2,498	élevés	au sein.
1,822	—	au biberon.
623	—	par sevreuses ou gardeuses.
4,943		

C'est le nombre des enfants placés en garde ou sevrage qui a augmenté. Les enfants élevés au sein ne forment que la moitié. Déjà, en 1885, j'avais eu le regret de constater que ce mode d'élevage n'avait point fait de progrès. Il faut donc redoubler d'efforts pour en démontrer la supériorité et déterminer un mouvement ascendant dont, nous ne saurions trop l'affirmer, les enfants et les mères auraient à bénéficier également. J'ajoute qu'il y a une certaine compensation dans le fait que, si l'élevage au biberon n'a point baissé, comme quantité, il a gagné comme qualité. S'il se paie plus cher aujourd'hui qu'auparavant, cela tient à l'élimination des nourrices

©BIU Santé

mauvaises ou médiocres, qui permet aux bonnes de hausser leurs prix, et qui est due au contrôle des médecins-inspecteurs.

Au point de vue du sexe, la situation de 1886 est identique à celle de 1885 : le nombre des garçons est légèrement supérieur à celui des filles, soit une proportion de 52,25 p. 100 pour ceux-là et de 47,75 p. 100 pour celles-ci.

En ce qui concerne l'état civil des enfants surveillés, il est à remarquer que le nombre des enfants naturels, qui, dans les trois années précédentes, avait suivi une marche progressive, a subi une diminution en 1886. Il ne représente que 27,30 p. 100 des 4,943 nourrissons, tandis que le nombre des enfants légitimes représente 72,70 p. 100. En 1885, la proportion correspondante était de 29,09 p. 100 en regard de 70,91 p. 100. On peut dire qu'en 1886, près des trois quarts des enfants surveillés étaient légitimes.

Je constatais, dans le précédent travail, que la surveillance exercée sur les nourrissons avait pour effet de diminuer autant que possible les chances de mortalité chez les enfants du premier âge, et je signalais la diminution toujours progressive du nombre des décès en 1884 et en 1885. J'ai la satisfaction d'enregistrer pour l'année 1886 des chiffres qui attestent encore de meilleurs résultats. Le nombre des enfants décédés, en 1885, avait été de 403 sur 4,817, soit 8,36 p. 100. En 1886, il a été de 393 sur 4,943, soit 7,95 p. 100, en diminution de 0,41 p. 100 sur l'année précédente. Ce minimum n'avait pas encore été atteint; mais on est en droit de compter qu'il pourra s'abaisser encore au fur et à mesure que s'amélioreront les conditions de l'élevage, et que certaines mesures, comme la vaccination, par exemple, seront plus complètement appliquées. J'aurai, d'ailleurs, à revenir tout à l'heure sur ce dernier point en particulier.

Sur les 4,943 enfants surveillés en 1886, il y a eu 1,758 cas de maladie observés dans le cours de l'année, dont 1,064 ont été améliorés ou guéris; 172 enfants ont été retirés malades; 393 sont décédés; 129 restaient malades à la dernière visite du 31 décembre 1886.

Le nombre des enfants qui entrent malades, et souvent très gravement, dans le service, représente un sixième. Le nombre des nourrissons surveillés, qui, en 1886, ont été malades plus ou moins sérieusement, représente à peine un tiers : sur ce tiers, les trois cinquièmes ont été améliorés ou guéris, un dixième a été retiré malade, et le reste, soit un peu plus d'un cinquième, est décédé.

Quant à la nature des maladies, on peut dire, en résumé, d'après la moyenne des cas pour 1886, que, sur 100 enfants décédés,

21	ont succombé à des	maladies du système nerveux.
18	—	de l'appareil respiratoire.
46	—	de l'appareil digestif.
10	—	épidémiques ou contagieuses.
5	—	diverses.

Si l'on examine, par rapport au mode d'élevage, le nombre des nourrissons décédés, on trouve que, sur 393, 170 étaient élevés au sein, 207 au biberon, et 16 en garde ou sevrage. En rapprochant ces chiffres de la quantité des enfants élevés au sein — 2,498 — et de celle des enfants élevés au biberon — 1,822 — on voit par quel écart considérable s'affirme la supériorité du premier de ces deux modes d'élevage.

En 1886 la mortalité s'est abaissée pour chaque sexe et particulièrement

©BIU Santé

pour le sexe masculin qu'elle avait plus fortement atteint en 1885; toutefois, c'est le sexe féminin qui continue à être plus épargné.

Au point de vue de l'âge, les chiffres et les proportions sont généralement inférieurs pour 1886 à ce qu'ils étaient pour 1885. Ainsi la proportion des enfants décédés dans leur premier mois est inférieure de 2 p. 100 (32 au lieu de 39), et déjà celle de 1885 était inférieure de 4 p. 100 à celle de 1884, qui elle-même l'était aussi de 4 p. 100 à celle de 1883. C'est donc, en l'espace de trois ans, une amélioration de 10 p. 100.

La statistique de la mortalité par quartier ne donne lieu à aucune observation nouvelle. C'est toujours le séjour de Paris qui paraît offrir une certaine supériorité sur celui de la banlieue.

Par rapport aux saisons, la statistique de la mortalité répartit mensuellement les 393 décès survenus en 1886 de la façon suivante :

Hiver	Janvier	26	83
	Février	25	
	Mars	32	
Printemps	Avril	31	86
	Mai	27	
	Juin	28	
Eté	Juillet	45	115
	Août	50	
	Septembre	51	
Automne	Octobre	27	69
	Novembre	21	
	Décembre	21	

C'est au printemps et en automne que la diminution du nombre des décès a été le plus sensible; la saison d'été, au contraire, a plus fortement éprouvé les enfants du premier âge qu'en 1885, à cause des chaleurs excessives qui ont régné pendant quelques semaines.

Le chiffre total des naissances, en 1886, dans le département de la Seine a été de 74,270 (dont 59,221 à Paris). Il est inférieur de 877 à celui de 1885. Mais, en revanche, le nombre des déclarations de placement d'enfants en nourrice a été supérieur de 1,165. Le nombre des déclarations d'élevage faites par les nourrices a été de 3,252, soit 66 de plus qu'en 1885. La proportion des placements aux naissances est de 27,23 p. 100. Donc un peu plus du quart des enfants qui naissent est placé en nourrice. Cette proportion ne varie pas depuis un certain nombre d'années.

J'ai déjà expliqué comment les commissions locales et les médecins-inspecteurs exercent leur surveillance sur les nourrissons placés tant dans le département de la Seine que dans ceux où ce que l'on appelle l'élevage des petits Parisiens se pratique plus particulièrement. Ils veillent notamment à ce que les nourrices se fassent délivrer les certificats et carnets dont elles doivent être munies.

En 1886, 13,757 nourrices, sevreuses et gardeuses se sont présentées à la contre-visite médicale, soit 363 de moins qu'en 1885. Sur ce nombre :

10,034 ont été reconnues bonnes pour être nourrices au sein;
3,682 ont été reconnues bonnes pour être nourrices au biberon;
41 ont été refusées pour des motifs médicaux.

L'augmentation que j'indiquais ci-dessus dans le nombre des enfants placés en nourrice, autrement dit des nourrissons au sein externes, ne doit

©BIU Santé

point passer inaperçue. Elle est regrettable parce que les nourrissons sur lieu, dont le nombre était toujours allé en augmentant depuis quatre années, sont nécessairement mieux surveillés et même soignés. Et surtout elle montre que l'allaitement maternel ne progresse pas. Il faut donc que la propagande en faveur de cet allaitement redouble d'activité; car, je ne me lasserai pas de le répéter, les avantages qu'il présente au point de vue de la santé de l'enfant et de la mère aussi bien qu'au point de vue social, sont essentiels et incontestables.

J'ai réservé, pour la fin de ce rapide aperçu, quelques observations nouvelles, recueillies en 1886, qui offrent un réel intérêt pour les conditions de vitalité des enfants du premier âge. Elles ont rapport à la vaccination et méritent une attention sérieuse.

Au 31 décembre 1885, sur 1,635 nourrissons restés au service des enfants surveillés, 754 n'étaient pas encore vaccinés; soit 46,11 p. 100.

Sur les 3,308 enfants entrés, en 1886, dans le service, 2,504; soit 75,69 p. 100, n'étaient pas vaccinés. Il y avait donc, au totat, 3,258 enfants à la vaccination desquels il fallait veiller.

Sur ce nombre, 1,641 ont été vaccinés, et 988 sont sortis du service sans l'avoir été; savoir 193 par suite de decès et 795 pour autres causes diverses.

En somme, au 31 décembre 1886, il restait à vacciner 629 nourrissons; soit 32,26 p. 100 du nombre des enfants en surveillance. Or, au 31 décembre 1885, il était de 754. Il y a donc là un progrès assez sensible, mais qu'il faut encore développer, puisque, tout compte fait, sur le nombre total des enfants surveillés, six dixièmes seulement sont vaccinés, tandis que les quatre autres dixièmes ne le sont pas.

Mais il faut remarquer que beaucoup de nourrissons séjournent moins de trois mois chez leurs éleveuses, puisque, sauf à Paris, il n'existe pas de service permanent de vaccination. Enfin, en dehors des mois de mai, de juin et de juillet, il est difficile d'obtenir que certains parents fassent vacciner leurs enfants, parce qu'ils prétendent que le printemps est la seule saison pendant laquelle la vaccination n'offre pas de danger. C'est pourquoi, lors qu'un enfant est placé dans le service après cette saison, il attend souvent neuf mois avant d'être vacciné.

Les médecins-inspecteurs, dont les rapports ont fourni les renseignements statistiques que je viens de résumer brièvement, réclament deux réformes qui s'imposent, en effet, et qui consisteraient :

1° A réduire de trois mois à un mois le délai accordé à la nourrice pour faire vacciner le nourrisson;

2° A imposer aussi bien aux parents qu'à la nourrice l'obligation de faire vacciner les enfants.

La réalisation de ces réformes doit prendre désormais une des premières places parmi les progrès qu'il est urgent d'assurer à la protection de l'enfance, et je termine en émettant le vœu que sous ce rapport, comme sous tous les autres, les départements retardataires suivent l'impulsion donnée dans le département de la Seine, où le zèle et l'activité remarquables des médecins inspecteurs trouvent un puissant appui dans l'Administration supérieure. A cette occasion, nous ne saurions trop féliciter M. Coué, l'un des chefs de bureau de la Préfecture de police, et son collaborateur M. Fleury, pour les soins éclairés et persévérants qu'ils consacrent à l'application de la loi Roussel.

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

ADMINISTRATION GÉNÉRALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE A PARIS. — COMMISSION D'HYGIÈNE HOSPITALIÈRE. — STATISTIQUE DE LA ROUGEOLE ET DE LA SCARLATINE. — ORGANISATION DES SERVICES D'ISOLEMENT. — In-4° de 45 pages — Paris, 1887.

Il n'y a pas de question plus actuelle et plus digne de toute l'attention des médecins que celle de la communication des maladies ; elle intéresse tout le monde, et particulièrement le médecin praticien et sa famille. Aussi nous empressons-nous de signaler le mémoire dont le titre précède, auquel donnent une grande importance les renseignegnements fournis par M. le Directeur de l'Assistance publique et la remarquable discussion de nos confrères de la Commission d'hygiène hospitalière. Nous invitons les médecins à lire ce travail, car les idées qui y sont consignées demandent à être partout répandues.

Dans cette publication, on touche la question du transport des malades, celle de la variole, de la fièvre typhoïde, de la diphthérie, mais « c'est plus particulièrement sur les mesures proposées en vue de l'isolement des *rubéoleux* et des *scarlatineux*, que M. le Directeur appelle l'attention de la Commission. »

Au milieu des faits nombreux qui ont été réunis, éclairés par des dessins et des tableaux, nous avons remarqué cette circonstance déplorable que, sur les rubéoleux traités dans les hôpitaux en 1886, plus du tiers ont contracté la rougeole à l'hôpital même. C'est bien le cas de dire : *ab uno disce omnes*. « En présence de tels résultats, dit avec raison le Directeur de l'Assistance publique, la situation actuelle est intenable. »

Forcé de nous limiter, nous citerons toutefois deux documents qui nous paraissent dignes d'être médités : d'abord, une lettre de M. Brouardel, qui tout en admettant, bien entendu, que la variole, la rougeole et la scarlatine se propagent par l'air, établit qu'elles « se transmettent également bien et *surtout* (auprès des hôpitaux) par les gens de service. Je ne crois pas, dit-il, à la propagation à de grandes distances par l'air. Je reste convaincu que l'isolement le plus nécessaire est celui du personnel. » Combien de fois, dans notre longue carrière médicale, n'avons-nous pas vu des médecins apporter la contagion et la mort chez leurs clients ou chez leurs proches ! M. Brouardel a donné à sa pensée un développement complet.

Ensuite, une note de M. Lucas Championnière sur l'*application aux services de diphthéritiques des procédés de l'antisepsie*, dont nous extrayons les quelques mots qui suivent : « On peut admettre, avec des chances d'avoir pleine raison, que la diphthérie n'est pas contagieuse à de très grandes distances. En règle générale, elle est transmise par les personnes en rapport avec les diphthéritiques, mais surtout par les objets qui les ont touchés, peut-être par les aliments. Je crois que tout ou partie des précautions appliquées à la chirurgie lui sont parfaitement applicables. »

La note de M. Lucas Championnière renferme l'exposé de toutes les précautions qu'il préconise et dont il a d'ailleurs la longue expérience.

Nous devons remercier M. le Directeur de l'Assistance publique du soin qu'il prend de transmettre à la presse médicale des travaux aussi utiles, où l'on voit tout le zèle qu'il apporte dans l'exécution de ses délicates et difficiles fonctions. — Dr G. RICHELOT père.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 11 janvier. — Présidence de M. LANNELONGUE.

M. le président LANNELONGUE ouvre la séance et donne lecture du discours d'usage sur la situation morale et financière de la Société de chirurgie pendant l'année 1887 : situation morale excellente, situation financière « extrêmement prospère » grâce à la gestion très habile de l'ancien trésorier, M. Berger, sur les traces duquel marchera d'un

©BIU Santé

pas ferme et sûr le nouveau trésorier, M. Schwartz. — Tribut d'hommages et de regrets à la mémoire des membres décédés; bienvenue cordialement souhaitée aux membres nouvellement élus.

Tel est le sommaire de l'allocution prononcée par M. le Président, accueillie par les applaudissements de l'assistance.

Après l'allocution du président, la parole est donnée à M. Terrillon, secrétaire annuel en 1887, pour le compte rendu des travaux accomplis dans le cours de cette année. Compte rendu qui a été trouvé très court, trop court sans doute au gré des appréciateurs du talent de M. Terrillon.

Après le compte rendu de M. le Secrétaire annuel, M. Chauvel, secrétaire général, a prononcé l'*Eloge* de M. Gosselin, ou, pour être plus exact, a donné lecture d'une *Notice* sur la vie et les travaux de ce chirurgien éminent, qui fut professeur à la Faculté, membre et président de l'Académie des sciences, président de l'Academie de médecine, président de la Société de chirurgie, etc., etc.

Ne pouvant reproduire ni même analyser le travail remarquable de M. Chauvel dans le court espace qui nous est mesuré ici, qu'il nous soit permis d'en indiquer au moins les principaux passages.

Voici, d'abord, en quels termes l'orateur apprécie le caractère général de l'œuvre de M. Gosselin :

« Quand on aborde, pour l'analyser, la condenser en quelques pages, l'œuvre d'un maître d'hier, deux impressions opposées peuvent bientôt se développer.

« Tantôt on s'étonne qu'un homme de telle renommée ait fait si mince besogne, émis si peu d'idées nouvelles, de conceptions hardies, d'aperçus ingénieux; tantôt devant l'abondance des matériaux accumulés, on reste surpris, presque effrayé, de la grandeur du monument qu'une carrière bien remplie peut élever à la science.

« Ainsi m'ont étonné les travaux du professeur Gosselin, et je me demande encore comment avec les concours, le professorat, l'hôpital, la clientèle, les obligations de la vie, il trouva du temps pour penser et pour écrire ces milliers de pages. »

M. Chauvel passe ensuite rapidement en revue la liste si nombreuse des travaux dus à la plume du Maître, de 1841, époque où M. Gosselin était interne des hôpitaux et aide d'anatomie, jusqu'à sa mort, c'est-à-dire pendant quarante-cinq ans.

« Né à Paris, le 16 juin 1815, d'une famille d'honorables commerçants du quartier du Temple, Léon Gosselin reçut de son oncle, le docteur Jacquemin, médecin des prisons de la Seine, praticien très estimé, le goût de la carrière médicale, en même temps que les premières notions de l'anatomie. Externe en 1834, interne l'année suivante, aide-d'anatomie en 1840, prosecteur en 1842, agrégé en 1844, chirurgien des hôpitaux en 1845, chef des travaux anatomiques en 1846, après l'abolition, en 1851, des épreuves du concours pour le professorat, épreuves dans lesquelles il avait brillamment soutenu la lutte avec des compétiteurs qui s'appelaient Denonvilliers, Malgaigne, Nélaton, le choix du ministre de l'instruction publique l'appelle, en 1858, à la chaire de pathologie chirurgicale qu'il échange contre la chaire de clinique chirurgicale, à la mort de Velpeau en 1867.

« Comme professeur, dit M. Chauvel, la clarté de ses leçons, la netteté de ses vues, l'ordre et la simplicité de son enseignement lui assuraient un public d'élèves nombreux et assidus.

« Comme clinicien, Cochin, Beaujon, la Pitié, avaient fait sa réputation; l'hôpital était son véritable milieu. D'une exactitude exemplaire, il entrait à huit heures, chaque matin, dans ses salles, suivi de ses aides, examinait les pansements, appliquant lui-même ses appareils et les surveillant de près, pratiquant les explorations nécessaires, fixant l'attention des élèves sur les particularités intéressantes. Doux avec les malades, bienveillant, délicat, il avait pour tous les égards que mérite le pauvre, l'intérêt dont sont dignes les êtres souffrants.

« Voulant tout voir par lui-même, il n'acceptait jamais, ni dans son service ni dans les consultations, les diagnostics de ses internes ou de ses confrères, qu'il ne les eût vérifiés par un examen personnel.

©BIU Santé

« Ce besoin de contrôle, il le portait aussi dans l'application des doctrines, des remèdes et des opérations. Il était l'homme des faits et non des théories ; et si les faits venaient plus tard démontrer son erreur, s'inclinant devant l'expérience, il n'hésitait jamais à modifier son opinion première et les préceptes qu'il en avait déduits.

« Convaincu que la science s'agrandit chaque jour, il en suivait les incessants progrès, et s'engageant lui-même dans les voies nouvellement ouvertes, il encourageait les jeunes chirurgiens dans leurs tentatives hardies sans applaudir aux témérités.

« A l'amphithéâtre, Gosselin s'exprimait simplement, nettement ; il parlait le langage de la science. Mais s'il n'eut jamais le talent d'émouvoir, d'entraîner ses auditeurs par une exposition animée et brillante, il eut le mérite, plus grand peut-être, d'instruire, de graver par la clarté, par la méthode, son enseignement dans les esprits.

« Aussi forma-t-il de nombreux élèves, et, tout autant que ses écrits, des disciples tels que Gaujot, Tillaux, Léon Labbé, Périer, Berger, etc., attestent la valeur du Maître.

« A la Société de chirurgie, à l'Académie de médecine, où il exerçait une influence légitime, il apportait dans les discussions la même netteté de vues, la même simplicité de parole ; jamais il ne se départit de son calme, de sa courtoisie, même dans les débats les plus passionnés.

« Officier de la Légion d'honneur depuis l'Exposition internationale de 1867, Gosselin reçut la croix de commandeur après la guerre et la Commune. Elle fut la juste récompense de ses services dans les hôpitaux militaires et les ambulances civiles pendant le siège. Fatigué, surmené, il ne refusa jamais ni ses conseils ni son assistance.

« Terrassé par les émotions sans trêve de « l'année terrible », cédant enfin aux instances de ses amis et des siens, il se reposait depuis quelques jours à peine dans sa maison de campagne d'Arcueil quand il apprend que, dans les dernières convulsions de la Commune, les obus, le pétrole menacent ses blessés. Sans souci de sa santé, au milieu des dangers que partage avec lui Mme Gosselin, il rentre dans la capitale, arrive jusqu'à la Charité et s'y installe à demeure, noble exemple qui, à l'honneur du corps médical, ne resta pas isolé.

« Elu membre de l'Académie des sciences après la mort de Nélaton, il en devint le vice-président, en 1886, par le suffrage spontané de ses collègues. Vers le moment où Broca succombait subitement à l'angine de poitrine, Gosselin était pris, lui aussi, par cette horrible maladie. Toute fatigue amenait des accès de toux, des oppressions, des suffocations violentes. Il lui fallut abandonner sa clinique, sous les progrès incessants d'un mal que ni les eaux thermales de l'Auvergne ni le climat du Midi n'avaient réussi à soulager et que la morphine, après lui avoir procuré un calme momentané, ne faisait encore qu'aggraver.

« En 1887, malgré sa santé détruite, Gosselin eut la satisfaction d'occuper le fauteuil présidentiel, ce « poste d'honneur » auquel il attachait tant de prix. Il y pensait sans cesse à ses séances du lundi. Pour être sur pieds, il gardait, chaque dimanche, un repos absolu, puis, le lendemain, au moment de quitter sa demeure et, parfois encore, dans l'escalier de l'Institut, il demandait à la morphine de calmer un instant ses douleurs et de lui donner la force de présider la séance,

« Toutefois, pressentant sa fin prochaine, il répétait souvent à son collègue le professeur Richet, à son autre ami, le professeur Vulpian, qui devait le suivre de si près dans la tombe : « Je ferai comme Bouley, je n'irai pas juspu'au bout. » Il disait vrai, des accidents urémiques l'emportèrent le 1er mai, à l'âge de 72 ans. Il voulut qu'aucun discours ne fût prononcé sur sa tombe. Mais, autour des siens, l'Institut, la Faculté de médecine, l'Académie de médecine, la Société de chirurgie, ses amis, ses élèves lui firent un si nombreux cortège que l'église pouvait à peine le contenir.

« Gosselin repose dans le cimetière de Vitry, non loin de la campagne où chaque dimanche, pendant l'été, il prenait, au milieu de sa famille, les quelques heures de délassement que lui imposait une affection dévouée.

« Sa fin fut calme et simple comme avait été sa vie. Il n'avait jamais eu d'enthousiasme que pour la science, de culte que pour la chirurgie ; elle avait été sa première, elle resta son unique passion. » (Applaudissements.)

©BIU Santé

La séance s'est terminée par la proclamation des prix décernés pour l'année 1887.

Prix Duval. — Partagé entre M. Villar, pour sa thèse sur les *tumeurs de l'ombilic*, et M. Paul Métaxas-Zani, pour sa thèse sur les *anaplasties secondaires*, etc.

Prix Laborie. — La Société ne décerne pas de prix, mais elle partage la somme allouée à titre d'*encouragement* entre : 1° M. Nimier, médecin-major, professeur agrégé au Val-de-grâce, pour son travail sur la *guerre au Tonkin et à Formose;* 2° M. A. Pousson, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, auteur du mémoire sur le *tritement chirurgical de l'extrophie de la vessie;* 3° enfin, M. L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint à la Faculté, pour sa monographie sur les *tumeurs gazeuses du cou*, ou *aérocèles*.

Prix Demarquay. — La Société partage le prix entre MM. A. Demars, interne à l'hôpital Trousseau, et M. le docteur Ménard (de Paris), auteurs des mémoires n° 5 et n° 7 sur la *pathogénie et le traitement des kystes hydatiques du foie*.

Prix Gerdy. — A M. Barraud, interne à l'Hôtel-Dieu de Paris, auteur du mémoire n° 1, sur les *hernies adhérentes au sac; accidents et thérapeutique*.

PRIX A DÉCERNER EN 1888.

1° Le prix Duval, pour la meilleure thèse de chirurgie;
2° Le prix Laborie, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie.

PRIX A DÉCERNER EN 1889.

1° Le prix Duval, pour la meilleure thèse de chirurgie;
2° Le prix Laborie, à l'auteur du meilleur travail *inédit* sur un sujet de chirurgie;
3° Le prix Gerdy. (Le sujet mis au concours sera ultérieurement indiqué.)
4° Le prix Demarquay; sujet mis au concours : *Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux?*

Les thèses ou manuscrits destinés aux concours pour les prix doivent être déposés au siège de la Société avant le 1er novembre de l'année où le prix doit être décerné. Pour les autres conditions, voir le premier fascicule des *Bulletins et Mémoires de la Société*.

A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 janvier 1888.

Sommaire : *Abcès d'un morphinomane simulant des abcès farcineux. — Traitement de la diarrhée verte microbienne des nouveau-nés et de certaines diarrhées chroniques de l'adulte par l'acide lactique. — Névrites périphériques. — Pathogénie du mal de Bright. — Adénopathie sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal.*

M. Féréol, président sortant, retrace, dans une allocution très applaudie, les travaux de l'année, et, en l'absence de M. Siredey, président pour cette année, mais retenu par un deuil de famille, cède le fauteuil à M. Cadet de Gassicourt.

M. Féréol rappelle, à propos du procès-verbal, un malade dont il a parlé dans la précédente séance. Cet homme présentait de nombreux abcès dans le pus desquels M. Nocard avait vu au microscope des bacilles morphologiquement analogues à ceux de la morve. Mais les inoculations faites depuis à l'âne ont été négatives. Cet homme n'est donc pas atteint de farcin, ainsi qu'on avait pu le craindre, sachant que sa profession de sellier l'avait exposé au contact d'un cheval morveux.

D'ailleurs un examen attentif a permis de démontrer que les abcès nombreux que cet homme portait étaient le résultat d'injections de morphine. Il est morphinomane depuis quatre ans; malgré ses premières dénégations, on a trouvé dans ses vêtements une seringue de Pravaz et un flacon de solution de morphine. L'instrument était propre et la solution aussi, mais on sait que la cachexie morphinique suffit à rendre les abcès très faciles. D'ailleurs, il pratiquait ses injections trop superficiellement. Il s'injectait

©BIU Santé

trois fois par jour six seringues successivement, chacune d'elles contenant 3 milligr. de morphine.

M. Hayem traite avec succès comme on sait, par l'acide lactique, certaines diarrhées vertes des enfants du premier âge, diarrhées dont son interne, M. Lesage, a démontré la nature microbienne. Dans ses précédentes communications sur ce sujet, il a indiqué des doses trop faibles. La solution à 2 p. 100 qu'il emploie ne doit pas être seulement donnée à la dose de 3 à 6 cuillerées à café; il faut aller jusqu'à 10 et 20 cuillerées à café, en en donnant une toutes les demi-heures en dehors des tétées. M. Hayem signale, en outre, des succès qu'il a obtenus dans le traitement de certaines diarrhées chroniques rebelles des adultes par l'acide lactique; il a donné alors 2 à 3 cuillerées à bouche, soit 0,75 à 1 gramme d'acide lactique par jour, dose faible, en somme, puisque Cantani donne aux diabétiques 4 et 5 grammes de cet acide par jour. Il était naturel de penser que l'acide lactique agissait contre la diarrhée verte comme antiseptique en contrariant le développement des bacilles dans l'intestin comme il le fait dans les cultures. Cependant le bichlorure de mercure, qui arrête aussi les cultures du bacille pathogène, ne guérit pas la diarrée verte. Peut-être l'acide lactique exerce-t-il aussi une stimulation favorable sur la digestion.

M. Sevestre a adopté comme M. Hayem des doses plus élevées d'acide lactique, il fait donner aux enfants une cuillerée à café toutes les cinq ou dix minutes jusqu'à ce que la diarrhée soit arrêtée. Il s'agit bien entendu de la diarrhée verte microbienne dans laquelle les selles sont neutres ou alcalines. Car la diarrhée verte par hypersécrétion biliaire, dans laquelle les garde-robes sont acides, guérit par de hautes doses de bicarbonate de soude, en moyenne 1 gr. 25 par kilogramme d'enfant, soit 4 à 5 grammes par jour pour des enfants de 3 kilogr.; ce qui n'empêche pas les garde-robes de rester acides.

M. Hayem ne redoute pas l'emploi du bicarbonate de soude à haute dose pour la nutrition; il a vu à la Salpêtrière des femmes atteintes de rhumatisme chronique, auxquelles MM. Charcot et Vulpian donnaient 20 à 40 grammes de bicarbonate de soude par jour, continuer à engraisser. Il est vrai que tout le sel n'était pas absorbé, on en retrouvait dans les garde-robes.

M. Raymond a eu dans son service un homme atteint de néphrite interstitielle avec tous les signes classiques, chez lequel on vit évoluer une névrite périphérique double et symétrique des sciatiques poplités externes; il y eu d'abord hyperesthésie et douleurs dans le territoire de ces nerfs, puis paralysie des muscles extenseurs du pied, enfin atrophie légère. Or, l'autopsie a montré, en dehors des altérations des nerfs phériphériques, de la lepto méningite et de la myélite à l'origine des sciatiques.

M. Raymond profite de cette circonstance pour protester contre la tendance récente à admettre la fréquence des névrites périphériques dites essentielles; le plus souvent aux symptômes propres à la névrite se joignent des symptômes dépendant d'altérations méningo-médullaires. Il est vrai qu'on ne trouve pas toujours celles-ci à l'autopsie. Mais l'expérimentation apprend que chez les animaux, quand on a produit des méningo-myélites partielles, celles-ci guérissent, puis quelques mois après apparaissent les névrites.

M. Rendu appuie l'opinion de M. Raymond. Il a vu un malade atteint d'un torticolis aigu datant de trois semaines qui présentait le tableau exact de la paralysie radiculaire du plexus brachial décrite par Erb. Mais, au bout de quelque temps, les autres muscles du bras, puis ceux de l'autre bras et les muscles spinaux se sont rapidement atrophiés. Outre la névrite périphérique, qui avait d'abord attiré l'attention, il existait donc des lésions médullaires. La polynévrite dite primitive, aiguë ou subaiguë, dont on parle beaucoup, a presque toujours son point de départ dans la moelle et les méninges.

M. Raymond ajoute qu'il a souvent rencontré des névrites cutanées chez les vieillards atteints de néphrite sénile.

M. Hayem dit que chez les vieillards cachectisés tous les tissus sont atrophiés, les nerfs comme les muscles, et que ces névrites séniles rentrent peut-être dans la loi d'atrophie de tous les tissus chez les vieillards.

©BIU Santé

M. Raymond a vu les éléments nerveux proportionnellement plus altérés que les autres et d'une façon inconstante, coïncidant souvent avec le rein sénile.

M. Gaucher : Les faits expérimentaux que je vais avoir l'honneur de communiquer à la Société peuvent avoir des applications cliniques immédiates et même des applications thérapeutiques d'une certaine importance.

Je rappelle que, d'après les notions classiques, les néphrites chroniques épithéliales, englobées sous la dénomination commune de *gros rein blanc* (mal de Bright parenchymateux), reconnaissent, suivant les cas, une pathogénie bien différente. Certaines de ces néphrites ont probablement pour cause un reliquat de maladie infectieuse antérieure, d'autres paraissent liées à l'influence du froid et aux troubles des fonctions cutanées consécutifs au refroidissement ; d'autres enfin sont d'origine toxique ; mais à part la néphrite saturnine, qui est une néphrite interstitielle de nature spéciale, les poisons minéraux donnent lieu le plus souvent à une néphrite aiguë.

Or, sans entrer dans la discussion des opinions que je viens de rappeler, le présent travail a pour but de montrer, comme je l'ai indiqué ailleurs, que le mal de Brigth épithélial, le *gros rein blanc*, reconnaît aussi le plus souvent une origine toxique. Je veux parler du mal de Bright en quelque sorte primitif, qui se développe sourdement, insidieusement, sans qu'il soit possible de lui trouver une étiologie bien déterminée. Mais ici le poison, au lieu de venir du dehors, est produit dans l'organisme lui-même.

Ce poison, de nature complexe, se compose des diverses matières extractives qui résultent de l'oxydation incomplète des matières azotées. Les expériences que j'ai instituées prouvent, en effet, l'action nuisible de ces matières toxiques sur le rein.

En introduisant, par injections sous-cutanées, dans l'organisme d'un cobaye pendant un certain nombre de jours, une quantité croissante de créatine ou de leucine ou de tyrosine et en solution aqueuse, on arrive à rendre l'animal albuminurique, finalement à le faire mourir, et, à l'autopsie, on trouve une néphrite épithéliale de même nature que le rein blanc.

L'accumulation des matières extractives dans le sang peut donc, par l'élimination de ces matières à travers le rein, irriter les épithéliums secréteurs et donner naissance à une néphrite parenchymateuse.

Toutes ces matières extractives, à l'état normal, existent en très petite quantité dans la circulation ; mais leur production augmente dans beaucoup d'états pathologiques.

En première ligne, les maladies du foie entravent la transformation de la matière azotée, et dans les affections du parenchyme hépatique, la formation des matières extractives augmente, dans des proportions plus ou moins notables, en même temps que diminue la quantité d'urée excrétée. C'est vraisemblablement à cette accumulation des déchets de la désassimilation azotée dans le sang, qu'il faut attribuer la fréquence de l'albuminurie dans la cirrhose du foie. Il est une autre maladie dans laquelle le parenchyme hépathique est encore plus profondément lésé, c'est l'ictère grave. Or, la néphrite de l'ictère grave est une néphrite épithéliale qui, à part l'imprégnation biliaire, présente tous les caractères du gros rein blanc ; et l'on sait précisément que, dans l'ictère grave, la production des matières extractives est surabondante et que le chiffre d'excrétion de l'urée s'abaisse plus que dans toute autre maladie.

La production exagérée des matières extractives n'est pas limitée aux affections du foie. Dans toutes les maladies chroniques, il existe des troubles de nutrition qui doivent entraver la combustion complète des matériaux azotés. D'après la preuve expérimentale de l'action nocive des matières extractives sur le rein, on est porté à admettre que l'oxydation incomplète des déchets de la désassimilation est la cause principale des néphrites qu'on observe si fréquemment dans le cours des maladies chroniques.

L'influence des matières extractives sur le rein est encore plus étendue ; elle peut s'exercer également à l'état de santé. On sait en effet que tous les aliments quaternaires renferment de ces substances azotées incomplètement oxydées, que le bouillon notamment, le bouillon concentré surtout, les extraits de viande et les poudres de viande en renferment une proportion considérable. Dès lors, l'introduction de ces aliments, riches en matières extractives, peut être très nuisible, particulièrement pour le rein. Elle l'est

©BIU Santé

surtout dans les cas où le rein ne fonctionne pas bien et où l'élimination de ces substances toxiques se trouve entravée.

Donc, introduction excessive ou production exagérée de matières extractives dans l'organisme, ou, même avec une production normale, élimination insuffisante : telles sont, je crois, les conditions pathogéniques ordinaires du gros rein blanc.

L'introduction exagérée ou la production excessive de matières extractives suffisent à elles seules pour produire le mal de Bright épithélial; mais, si une néphrite chronique existe déjà, du fait d'une autre cause antérieure, le défaut d'élimination des matières extractives aggravera la lésion rénale. C'est probablement à l'irritation produite sur le filtre rénal par ces matières extractives, dont l'élimination se trouve entravée, qu'il faut attribuer les complications épithéliales de la néphrite interstitielle et la production de ce qu'on a appelé la néphrite mixte.

De ces données expérimentales résultent aussi des enseignements thérapeutiques importants. C'est d'abord le danger du bouillon de viande dans les néphrites; pour les brightiques, le bouillon est une solution de poison. C'est également, dans toutes les maladies, et même chez les individus sains, le danger des extraits de viande, des bouillons concentrés, des poudres de viande qui, en dehors des sels minéraux toxiques, principalement les sels de potasse, renferment de plus des poisons organiques et précisément toutes les matières excrémentitielles, dont nous venons de montrer l'action nocive.

Dans les maladies chroniques, il y a des troubles de nutrition constants, dans les fièvres également; la transformation de la matière s'opère incomplètement; il y a production anormale de matières extractives. Si, par l'alimentation, on ajoute encore de ces substances toxiques à celles qui existent déjà dans l'économie, on crée un double danger, danger d'autant plus grand que la lésion du rein est une nouvelle cause d'accumulation par défaut d'élimination. Telles sont les conséquences pratiques qui me semblent devoir découler des expériences que j'ai soumises à la Société.

— M. Troisier lit un rapport sur une observation de M. André Petit, communiquée dans une précédente séance, et relative à l'adénopathie sus-claviculaire dans le cancer de l'utérus.

Le rapporteur rappelle d'autres observations de MM. Raymond, Hutinel et de lui-même, où on a vu des ganglions du cou atteints de dégénérescence secondaire dans des cas de cancer de l'utérus, de l'ovaire et de l'estomac. Il estime que tous ces faits permettent de formuler la proposition suivante : tout cancer de la cavité abdominale peut se propager à distance aux ganglions sus-claviculaires.

Il n'est pas besoin d'insister pour montrer l'importance clinique de cette altération ganglionnaire à distance; aussi ne devra-t-on jamais négliger d'en faire la recherche lorsqu'on songera à faire l'extirpation de l'un des cancers susdits. Cette remarque est d'autant plus importante que cette adénopathie n'est pas toujours un symptôme tardif. Elle peut précéder l'état cachectique et la généralisation, c'est-à-dire apparaître à un moment où il semble que l'opération est indiquée.

Comment expliquer cette adénopathie? Dans quelques cas, comme cela a eu lieu pour les malades de MM. Hutinel et Raymond, les ganglions prévertébraux étant atteints, on peut supposer que la propagation s'est faite de proche en proche. L'adénopathie sus-claviculaire représente le dernier ganglion d'une chaîne qui s'étend de la partie primitivement atteinte à la partie inférieure du cou. Dans d'autres cas, on pourra incriminer la formation d'un noyau secondaire dans le poumon.

Mais cette explication ne saurait s'appliquer aux cas dans lesquels l'adénopathie sus-claviculaire était isolée, ainsi, par exemple, que M. Troisier put le constater avec la plus grande netteté sur une malade atteinte de kyste de l'ovaire, et sur une autre malade atteinte de cancer stomacal.

Peut-être pourrait-on trouver l'explication du phénomène dans les rapports anatomiques qui unissent les ganglions cervicaux inférieurs avec la terminaison du canal thoracique. Celui-ci, avant de se jeter dans la veine sous-clavière, décrit, comme on le sait, une sorte de crosse à concavité supérieure. C'est au niveau de cette crosse que

©BIU Santé

s'abouchent les troncs lymphatiques très courts qui viennent des ganglions sus-claviculaires.

Si des cellules cancéreuses sont déversées dans le canal thoracique, peut-être pourraient-elles passer dans les ganglions sus-claviculaires en traversant ces petits conduits. La chose serait d'autant plus facile que ces petits conduits, comme tous les lymphatiques de la tête et du cou, ne possèdent pas de valvules, et que, si en temps ordinaire le cours de la lymphe paraît être un obstacle au passage des cellules cancéreuses dans la cavité des *ganglions*, il peut se produire à un moment donné (pendant la respiration ou l'effort), au niveau du confluent des liquides sanguin et lymphatique, soit une stase, soit même un reflux qui repousse les cellules vers les ganglions.

Peut-être est-il possible encore d'expliquer ce mouvement rétrograde par les mouvements amiboïdes dont seraient douées les cellules cancéreuses.

Il n'est, d'ailleurs, pas aussi exceptionnel que l'on peut le croire de voir des ganglions envahis par le cancer dans un sens contraire au cours de la lymphe. C'est ce qui a lieu, ors de la propagation d'un cancer de l'estomac ou du foie aux ganglions lombaires ou iliaques. — P. L. G.

COURRIER

L'Association française pour l'avancement des sciences continue la série des conférences instituées primitivement par l'Association scientifique avec laquelle elle est fusionnée. Ces conférences auront lieu cette année dans le grand amphithéâtre de l'Hôtel des Sociétés savantes, au coin de la rue Serpente et de la rue des Poitevins, le samedi à huit heures et demie du soir, du 21 janvier au 17 mars.

Pour la délivrance des cartes d'entrée, s'adresser au secrétariat de l'Association française, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, tous les jours de 9 heures à 5 heures.

Des places seront assurées dans l'enceinte réservée aux membres de l'Association qui en feront la demande et aux personnes qui souscriront un abonnement de 5 francs pour la série des conférences de l'année.

Programme des conférences. — Professeur Verneuil : Nature et origine du tétanos. — M. M. Albert : Une nouvelle collection du musée du Louvre ; les statuettes de Myrina. — M. de Lacaze-Duthiers : Le monde de la mer et ses laboratoires. — M. Napoli : La téléphonie ; la téléphonie à grande distance. — M. G. Berger : L'exposition universelle de 1889. — M. le docteur Raphaël Blanchard : Les Ennemis de l'espèce humaine ; Une page d'hygiène alimentaire. — M. G. Rolland : L'Oued Rir' et la colonisation française au Sahara. — M. Eiffel : Les grandes constructions métalliques. — M. Daymard : Les progrès récents de la navigation à vapeur.

— M. le docteur de Gennes est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale, à l'hôpital Necker (emploi nouveau).

— Nous sommes très heureux de signaler l'apparition d'un nouveau journal fondé par notre confrère Léon Danion, qui vient de doter l'électricité médicale d'un organe spécial, l'*Electrothérapie*, à laquelle nous souhaitons pleine prospérité.

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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte**, **gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Paul Chéron : Quelques nouveaux réactifs du sucre urinaire. — De l'emploi de la liqueur de Fehling. — Les glycosuries transitoires. — II. G. Musso (de Turin) : Une observation d'amyotrophie progressive héréditaire. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

REVUE DE CHIMIE MÉDICALE

Quelques nouveaux réactifs du sucre urinaire. De l'emploi de la liqueur de Fehling. — Les glycosuries transitoires.

I

La recherche du sucre dans l'urine peut toujours être regardée comme difficile si l'on veut arriver à une certitude absolue dans le cas où la quantité de glucose est très peu considérable. Aussi un certain nombre de réactions nouvelles ont-elles été étudiées dans ces derniers temps.

M. Nylander conseille de prendre 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, 4 grammes de tartrate de soude et 100 grammes de lessive de soude à 8 p. 100. Après mélange, on laisse reposer vingt-quatre heures et on filtre sur du coton de verre. L'avantage de cette solution est de pouvoir se conserver plus d'un an sans s'altérer.

Pour l'usage, on met dans un tube à essai 10 c. c. d'urine et on ajoute 1 c. c. du réactif; s'il y a du sucre, il se produit, en chauffant, un précipité noir. Le Nobel a montré que la réaction offrait le maximum de netteté quand le mélange se trouvait dans les proportions ci-dessus et qu'on peut mettre ainsi en évidence 0,025 de sucre pour 100 d'urine.

Malheureusement la liqueur de Nylander peut pricipiter en présence d'autres corps que le glucose. Dans l'urine normale chauffée, la réaction se produit au bout de vingt-quatre heures; l'albumine, les corps qui passent dans l'urine après l'usage de la kairine, de la teinture d'eucalyptus, de la quinine, de la térébenthine, de la rhubarbe, décomposent aussi le réactif. On peut donc dire que, dans beaucoup de cas, il n'est pas plus sûr que la liqueur de Fehling.

Hager a essayé d'établir une réaction témoin de celle de la liqueur de tartrate de bismuth. Il verse dans un tube à essai 5 à 6 c. c. de l'urine à examiner, puis ajoute successivement 1 c. c. de solution de ferro-cyanure de potassium et 1 à 1 1/2 c. c. de lessive caustique de potasse. Le mélange ayant été porté à l'ébullition à plusieurs reprises, conserve une teinte jaune s'il ne renferme pas de sucre et devient d'un rouge-brun foncé s'il en contient. Dans le premier cas, on ne devrait pas tenir compte d'un précipité brun foncé fourni par le tartrate de bismuth.

M. Méhu a aussi employé, parallèlement à la liqueur de Fehling, une solution caustique de bismuth qu'il compose selon la formule suivante :

Sous-azotate de bismuth	15 gr. 5 centig.
Acide tartrique	30 grammes.
Lessive des savonniers	360 —
ou : Soude caustique	80 —

Il triture ensemble les deux premières substances dans un mortier de porcelaine, ajoute peu à peu la lessive des savonniers et de l'eau distillée chaude pour compléter 500 c. c., puis filtre.

©BIU Santé

Pour faire usage de cette liqueur, dont la conservation est excellente, on en ajoute 1 c. c. à 10 c. c. d'urine (au plus 2 c. c. si la densité est élevée) et l'on chauffe le tube à l'ébullition. Si au bout de dix minutes le mélange n'est pas devenu noir, c'est qu'il ne contient pas de sucre.

Il faut avoir soin d'éliminer l'albumine et éviter un excès de réactif quand on recherche une minime quantité de sucre. Le réactif de Méhu est beaucoup plus sensible que celui de Nylander parce qu'il contient plus d'alcali caustique.

Jaksch préconise la phénylhydrazine. La réaction type est la suivante : si à une solution de sucre on ajoute une solution de chlorhydrate de phénylhydrazine renfermant un peu d'azotate de soude, il apparaît un précipité jaune foncé formé d'aiguilles isolées ou réunies en faisceaux. La phénylamine produit à peu près la même réaction. En se servant de ce dernier corps, la recherche clinique est assez simple : dans une capsule de porcelaine, on chauffe au bain de sable pendant vingt minutes, 1 partie de phénylamine, 15 parties d'acétate de soude et 20 parties d'urine. On laisse refroidir et on examine au microscope; si l'urine contient du glucose, on trouve des groupes d'aiguilles cristallines. Le procédé peut déceler 0,10 par litre.

Jaksch vante beaucoup sa réaction. Une petite quantité d'albumine ne gêne pas, il vaut mieux pourtant s'en débarrasser.

La phénylhydrazine peut, si l'on a soin d'éliminer les substances albuminoïdes, permettre de trouver le sucre dans le sang et les liquides d'hydropisies. Un grand nombre de corps qui réduisent la liqueur de Fehling n'agissent pas sur elle. Dans les urines des individus empoisonnés par l'arsenic, l'acide sulfurique, la potasse, on trouve des substances réductrices qui ne sont pas du sucre, mais la présence de ce corps paraît constante dans les intoxications par l'oxyde de carbone.

Molisch, dans un travail très complet, a étudié l'action sur la solution de glucose, de l'a-naphtol et de l'acide sulfurique. A 1 1/2 c. c. de solution sucrée on ajoute deux gouttes d'un liquide contenant 16 à 20 d'a-naphtol pour 100 d'eau et l'on verse ensuite un grand excès d'acide sulfurique concentré. En agitant le mélange, il se colore en vert foncé, et, en ajoutant de l'eau, on voit apparaître un précipité bleu-violet. On peut remplacer l'a-naphtol par le thymol, on a alors, en agissant de la même façon, une coloration et un précipité rouge carmin. Ces réactifs peuvent servir à rechercher le sucre sous le microscope dans les tissus même et sont utiles aussi pour l'urine. L'urine normale de l'homme, dit l'auteur, donne la réaction quand elle est étendue de 100 à 300 fois son volume d'eau. Ceci tendrait à prouver la vérité de l'opinion de Brucke, qui admet que l'urine renferme normalement du sucre.

Seegen, tout en reconnaissant que les réactions de Molisch sont au moins aussi sensibles que celle par la liqueur de Fehling, a montré que l'albumine, la mucine, la peptone, les produisaient également. Elles ne peuvent donc servir à démontrer la présence du sucre dans l'urine normale.

Agostini a proposé l'emploi d'un réactif qu'il appelle auro-potassique. Il se sert de deux solutions : l'une de chlorure d'or à 1/1000e, l'autre de potasse caustique à 1/20e. On chauffe à l'ébullition dans un tube à essai un mélange de 5 gouttes de liquide à essayer avec 5 gouttes de solution urique et 2 gouttes de solution de potasse. Si la liqueur contient du glucose, on voit, après refroidissement, apparaître une teinte violacée plus ou moins

©BIU Santé

intense. On pourrait mettre en évidence 1/100,000e de sucre; dans l'urine, la sensibilité n'est que de 1/1000e et la coloration rouge vineuse proportionnelle à la quantité du corps anormal. A part l'albumine, dont il est facile de se débarrasser préalablement par la chaleur et la filtration, aucun des composés normaux ou anormaux de l'urine ne peut produire la réaction.

Tout récemment Hans Will a proposé de doser le glucose par pesée, mais son procédé, trop compliqué, exige un outillage de laboratoire.

II

La liqueur de Fehling restera encore pendant longtemps le réactif le plus employé. Ses deux principaux inconvénients sont son altération spontanée et la difficulté qu'il y a dans le dosage quantitatif à saisir la fin de la réaction bien connue.

Un grand nombre de formules ont été proposées pour parer à la décomposition de la liqueur. Nous nous garderons bien de les énumérer, et dirons simplement que les liqueurs les plus alcalines présentent les réactions les plus nettes et sont les moins exposées aux altérations. Pour la simple recherche du glucose, la précipitation spontanée à l'ébullition se produit si rarement qu'une liqueur même ancienne peut parfaitement servir. Une petite quantité de la liqueur bleue des hôpitaux abandonnée par nous il y a trois ans dans un flacon aux trois quarts vide et fermé par un bouchon de liège, ne s'est pas décomposée lorsque nous l'avons examinée il y a quelques jours.

Le praticien qui voudra pratiquer lui-même ses dosages de sucre devra selon le conseil de Gautier faire préparer soigneusement à l'avance les solutions suivantes : 1° une solution de sulfate de cuivre renfermant par litre 103,92 grammes de ce sel; 2° une solution de sel de Seignette à 320 grammes par litre (il faut avoir soin d'y ajouter un peu d'acide phénique pour empêcher les moisissures); 3° une lessive de soude à 1,17 de densité conservée bien à l'abri de l'air. Toutes les fois que l'on voudra doser du sucre, il suffira de mélanger par agitation des volumes égaux de ces trois liqueurs mesurées bien exactement. 10 centimètres cubes seront réduits par 0,05 de glucose.

M. Fournioux, préparateur à l'Ecole de pharmacie de Poitiers, a trouvé le moyen de rendre très nette la réaction finale dans le dosage du sucre par la liqueur de Fehling. Il conseille d'opérer de la façon suivante : dans une éprouvette d'une contenance de 100 c. c., et graduée par c. c., on verse :

1° Urine sucrée		50 c. c.
2° Acétate de plomb liquide		5 —
3° Carbonate d'ammoniaque sol. à 1/5		10 —
4° Eau distillée	91 p.	100 —

On agite et on filtre, de telle sorte que l'on a une urine diluée de moitié (avoir soin, comme toujours, que l'urine ne renferme pas plus de 1 p. 100 de sucre).

D'autre part, on prend un petit matras à fond plat d'une contenance de 50 à 60 c. c., et muni d'un tube à entonnoir et d'un tube à dégagement. Dans ce matras, on place :

1° Liqueur cupro-sodique	2 c. c.
2° Ammoniaque liquide	15 —

©BIU Santé

A l'aide d'une lampe à alcool, on porte ce mélange à l'ébullition et on y ajoute alors goutte à goutte l'urine sucrée préalablement déféquée et placée dans une burette graduée en dixièmes de c. c. On a soin, après chaque affusion de liqueur sucrée, de rincer le tube à entonnoir avec quelques gouttes d'ammoniaque étendue à 1/4, que l'on a placé dans un verre à pied.

On continue ainsi l'adjonction de la liqueur titrée jusqu'à décoloration complète et parfaite limpidité. Il n'y a plus alors qu'à lire sur la burette graduée combien on a employé d'urine sucrée.

Beugnier-Corbeau a insisté sur ce fait que l'urine normale contient des matières décolorantes qui peuvent être cause d'erreurs. A l'état de santé, les erreurs pourraient atteindre un maximum de 1 gr. à 1 gr. 50 par litre, mais rien ne prouve qu'à l'état de maladie, elles ne puissent être plus importantes.

Les corps qui réduisent la liqueur de Fehling sont, comme on le sait, excessivement nombreux. Récemment, on en a découvert de nouveaux. Tel est l'acide B-oxybutyrique, très fréquent dans l'urine sucrée, qui pourrait se transformer en acide acétylacetique et, enfin, en acétone et est lévogyre. Pour Lépine, ce corps serait la cause de l'excès d'acidité si particulière des urines diabétiques.

Léo (de Berlin) a découvert dans l'urine d'un homme ne donnant rien au polarimètre un corps lévogyre, infermentescible, réduisant à chaud la liqueur de Fehling avec une énergie deux à cinq fois plus grande que la glycose.

Toujours ce corps, qui a été retrouvé plusieurs fois depuis, a coïncidé avec le sucre, et cette existence simultanée des deux substances dans l'urine explique l'inertie du polarimètre.

Le chloral fait apparaître dans l'urine de l'acide urochloralique lévogyre et le camphre de l'acide glycosurique qui jouit de la même propriété.

Il y a déjà longtemps que l'on connaît les propriétés réductrices de la pyrocatéchine, de l'hydroquinone, de la bilirubine, etc., et que l'on sait que l'usage des acides benzoïque, oxalique, de la nitro-benzine, etc., font apparaître dans l'urine des corps qui décomposent la liqueur bleue, mais, malgré tout, la réaction de Fehling est encore celle qui est la plus commode et la plus utile en clinique.

M. L. Jolly a étendu les applications de la liqueur de Fehling. D'après lui, on peut s'en servir pour indiquer non seulement la glucose, mais encore les peptones, l'acide urique et l'acide phosphorique en excès. Voici le mode de recherches qu'il indique :

1° Dans un tube à essai, on verse environ 1 c. c. de liqueur de Fehling et 8 à 10 c. c. d'urine; le mélange fait par agitation donne un liquide trouble et bleu. Sans laisser reposer, on chauffe à l'ébullition commençante :

a) La liqueur reste bleue : pas d'indication ;

b) La liqueur est décolorée avec précipité jaune pâle, floconneux, nageant dans le liquide, celui-ci ayant une couleur ambrée : peptone;

c) La liqueur prend une teinte orange. Après quelques instants de repos, le précipité jaune orangé se dépose : glucose.

2° Dans un tube à essai, on porte à l'ébullition un mélange de parties égales de glucose et d'urine :

a) Le liquide a peu changé de couleur; on laissa reposer quelques minutes;

©BIU Santé

b) Eclairci, le liquide est resté bleu. L'urine contient peu d'acide urique. Le précipité déposé est gris bleuâtre;

c) Le liquide, éclairci, est vert; l'urine contient un excès d'acide urique ou d'urates. Le précipité est gris verdâtre.

Le précipité est plus ou moins abondant. Quand il est peu abondant, l'urine est pauvre en acide phosphorique; quand il est très abondant, l'urine est très riche en acide phosphorique.

d) La liqueur prend une teinte orangée. Par le repos, la partie claire du liquide a pris une teinte brune. Le précipité s'est foncé en couleur en virant vers le rouge : glucose.

Avec ces proportions égales de liqueur de Fehling et d'urine, les peptones ne sont pas décelées. Donc, si faible que soit la quantité de cuivre réduit, on doit penser à la glucose. La limite inférieure de sensibilité est de 1 à 4 grammes par litre.

3° Dans le tube à essai, on met 1 c. c. cube d'urine et 4 à 5 c. c. de liqueur de Fehling, puis on porte à l'ébullition :

a) Le liquide ne change pas de couleur : pas d'indication;

b) Le liquide change de couleur, depuis le jaune terreux verdâtre jusqu'à l'orangé vif : glucose.

Les différentes décolorations, dit l'auteur, tiennent à la plus ou moins grande quantité de sucre contenu dans l'urine, et selon que le réactif cuprique est décomposé incomplètement (sa couleur propre modifie celle du précipité non déposé) ou complètement, le précipité est plus ou moins rouge.

III

Nous n'avons jamais eu l'intention d'étudier complètement les glycosuries transitoires et nous voulons simplement rappeler ici quelques-uns des faits de ce genre le plus récemment constatés.

Dans un mémoire important paru dans la *Revue de chirurgie,* M. Redard a recherché la glycosurie éphémère dans les affections chirurgicales. A la suite de lésions traumatiques, encéphaliques ou médullaires, elle a été souvent constatée par différents auteurs. M. Redard l'a notée plusieurs fois dans l'urine de blessés atteints de fractures sous-cutanées et sans commotion ni retentissement général. C'est ainsi qu'après une fracture simple du radius au tiers inférieur, il a dosé 6 gr. 31 de glycose par litre immédiatement après l'accident, 0,22 les jours suivants, puis des traces finissent par ne plus se montrer qu'après les repas et enfin par disparaître totalement. Les plaies simples, les lésions inflammatoires de la peau, les tumeurs diathésiques enflammées ont souvent donné lieu au symptôme dont nous nous occupons, et on l'a toujours noté dans les phlegmons, la lymphangite, l'érysipèle. Du reste, Prévost, dans sa thèse déjà un peu ancienne (1877), avait admis la présence du sucre chez tous les individus qui sécrètent du pus. Dans l'anthrax, l'élimination du sucre peut être éphémère et ne se lier ni à un diabète latent, ni à une glycosurie persistante. Au début de l'anthrax, les urines sont normales à la période d'élimination surtout lorsque l'inflammation présente la forme diffuse; lorsque la fièvre devient vive, la glycose se montre dans l'urine en quantité notable pour disparaître au moment de la guérison et ne plus être trouvée dans la suite.

M. Redard rapproche les faits qui font le sujet de son mémoire des glycosuries de même nature signalées dans ces derniers temps à la suite de

©BIU Santé

fièvres éruptives à la période de suppuration : variole (Gueneau, Prévost), vaccination (Prévost), ou à la période terminale : rougeole (Bordier), scarlatine (Zinn-Méhu). Ce dernier auteur avait d'abord pensé que la présence du sucre dans l'urine des scarlatineux accusait une imparfaite guérison du malade et un état pathologique persistant des reins. Il a changé d'opinion et a conclu que ce sucre provenait du régime lacté. En effet, chez les albuminuriques soumis depuis quelque temps à l'usage exclusif du lait, il a souvent trouvé une faible quantité de sucre; le plus généralement, cette quantité ne dépasse pas 2 grammes par litre; très exceptionnellement, elle s'élève à 4 grammes.

La glycosurie éphémère a été signalée par M. Vincent (de Bordeaux) chez des malades atteints soit de hernie étranglée, soit d'étranglement interne. Dans tous les cas, la glycosurie a précédé l'intervention chirurgicale. Dans tous ces cas aussi, au nombre de 6, le sucre a disparu rapidement des urines après que l'étranglement a été levé.

M. A. Robin a fait remarquer que, dans un tiers des cas environ, on trouve du sucre dans l'urine des athrepsiés en quantité qui dépasse rarement 4 grammes par litre. On le rencontre plus souvent dans l'athrepsie aiguë, surtout lorsque les enfants sont plus agités que de coutume; son apparition est fréquente dans la cyanose rapide et dans l'encéphalopathie urémique. D'une manière générale, la glycosurie existe sur les sujets dont la moyenne thermique est basse; mais son apparition coïncide presque toujours avec les températures les plus hautes de la série.

En envisageant le symptôme d'une manière générale, on pourra remarquer avec Redard que la glycosurie éphémère accompagne fréquemment l'albuminurie éphémère, et que très souvent l'albuminurie est remplacée par le sucre et réciproquement. Il existe un rapport bien évident entre la formation du pus et l'apparition de la glycosurie et dans presque toutes les observations le sucre apparaît alors qu'il y a hyperthermie.

Comment expliquer ces glycosuries éphémères? On peut admettre qu'un certain nombre dépendent de lésions du système nerveux qui, expérimentalement, ont amené le symptôme; telles sont, par exemple, celles que Richardière a décrites dans la sclérose en plaques qui atteint le quatrième ventricule. Mais, dans beaucoup d'autres faits, cette explication n'est pas soutenable. Il est alors probable qu'il s'agit soit d'altérations intimes semblables à celles qui donnent naissance à l'albuminurie fébrile, soit peut-être d'altérations rénales infectieuses qui laisseraient passer le sucre comme elles laissent passer l'albumine. Cette dernière hypothèse paraît s'appuyer sur un fait de M. Redard qui, chez un de ses blessés (fracture du radius), a trouvé 6,31 de sucre pour 1,000 dans l'urine, tandis que le sang n'en contenait que 0,22 pour 1,000.

Mais nous entrons là dans le vaste champ des théories pathogéniques et il nous semble préférable, jusqu'à nouvel ordre, de nous en tenir, dans cette question, à la simple constatation des faits cliniques. Paul Chéron.

Une observation d'amyotrophie progressive héréditaire,

Par G. Musso (de Turin) (1)

Sel... (Gabriel), 56 ans, jardinier, entré à l'hôpital Humbert Ier, le 13 septembre 1885 pour *entéro-colite aiguë*. Pas de maladies dans le premier âge; a commencé à marcher

(1) Traduit et analysé de la *Rivista Clinica* (de Bologne), juin 1887.

©BIU Santé

Anémie. Chlorose. Le Flacon : 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

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

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, 49, *et principales Phies.*

©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 bd Haussman, 41

Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

ÉLIXIR LUCAS

VIANDE — FER — VIEUX COGNAC

VRAI COUP DE FOUET

SURPASSE TOUS SES SIMILAIRES

Remède 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 aussi sûrement et aussi rapidement.

NOMBREUX ÉLOGES DE MÉDECINS

LUCAS, pharmacien, **Ingrandes** (Maine-et-Loire)

Dépôt : ACARD, *213, r. St-Honoré, PARIS*

PRIX : 3 FRANCS

Même Elixir 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 Phie LEROY, 2, r. Daunou

ET 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 min^les.

VIN DU DOCTEUR FORESTIER

(Quinquina, pyrophosphate de fer, écorces d'oranges amères et Malaga.)

Voir : *Traité de thérapeutique*, Trousseau et Pidoux ; Commentaires du *Codex*, Gubler.

Fabrication : Besreden aîné, Brive (Corrèze).

TABLETTE ROUSSEAU

BŒUF CONDENSÉ

ALIMENT RECONSTITUANT

PAR EXCELLENCE

PILULES SUISSES

(Pilules de Coloquinte composées)

PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES

MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, *Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.*

Agréable à boire *Tonique* Reconstituante, SOURCER *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^e de 20 : 1 fr. — PARIS, 20, Place des Vosges, et toutes Ph^ies.

©BIU Santé

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1888

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France.

On souscrit en envoyant un mandat de poste de 4 francs ou 4 francs en timbres-poste aux Bureaux de l'Union Médicale, rue de la Grange-Batelière, 11.

Bulletin bibliographique.

Les nouvelles institutions de bienfaisance. — Les dispensaires pour enfants malades. L'hospice rural, par le docteur A. Foville, inspecteur général des établissements de bienfaisance et d'aliénés. 1 vol. in-16 de 255 pages avec 10 plans. — Prix : 3 fr. 50.

La folie érotique, par B. Ball, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-16 de 157 pages. — Prix : 2 fr.

Recherches sur la dyspepsie iléo-cœcale par H. Bachelet, docteur en médecine de la Faculté de Paris, etc. Troisième édition. 1 vol. in-16 de 380 pages. — Prix : 5 fr.

Ces trois ouvrages se trouvent à la librairie J.-B. Baillière et fils, 19, rue Hautefeuille, Paris.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

STATIONS HIVERNALES DES PYRÉNÉES

De Paris à Arcachon, Pau, Biarritz, Saint-Jean-de-Lutz, Salies-de-Béarn.

Pour permettre aux voyageurs d'effectuer ce trajet dans les meilleurs conditions de rapidité, la Compagnie d'Orléans ajoute habituellement, au départ de Paris, à son train rapide du matin (8 h. 45) et à son train express du soir (8 h. 20), des wagons-lits-toilette, dont le confortable est de plus en plus apprécié par le public. En outre, deux trains spéciaux composés exclusivement de voitures de luxe de la Société internationale des wagons-lits sont mis en marche les mercredi et samedi de chaque semaine : départ à 6 h. 40 du soir de la gare de Paris (Orléans). Le train de luxe du mercredi soir va à Pau et Irun (frontière espagnole ; il conduit à Pau en 13 heures. Le train de luxe, partant de Paris le samedi soir, suit la ligne de Bordeaux à Irun et continue sur Madrid et Lisbonne.

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.

©BIU Santé

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.

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

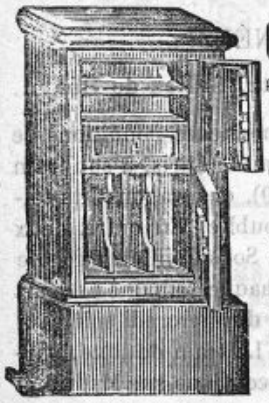
La Farine Dutaut

est le Meilleur Aliment des Nourrissons.

35 ans de succès — 8 Médailles. — Très facile à digérer, elle aide l'allaitement insuffisant et le sevrage, guérit les Vomissements et la Diarrhée, et facilite la Dentition.

VENTE EN GROS : P.-A. DUTAUT, à Choisy, près Paris *et dans les principales Pharmacies.*

Vente Directe du Producteur au Consommateur



MANUFACTURE DE

COFFRES-FORTS

garantis incombustibles

Coffrets portatifs et à murer dep. 25 fr.

Coffres-forts meublés depuis 130 fr.

P. GUILLAUMIN

Constr. Brevetés S.G.D.G.

à VOIRON (Isère)

Envoi franco du Tarif illustré sur demande affranchie.

EAU FERRUGINEUSE DE

RENLAIGUE

(PUY-DE-DOME)

ANÉMIE - CHLOROSE - DYSPEPSIE

Médaille d'Or, Nice 1884

PILULES SÉDATIVES ANTI-NERVEUSES

Du Dr DELACOUX-DEROSEAU

D'une efficacité bien constatée, prescrites contre la *Toux*, l'*Asthme*, les *Névralgies*, et toutes les *Maladies nerveuses*, à la dose de 4-6 par nuit (jamais le jour). A Poitiers, M. Octave BERLAND, gendre du Dr *Delacoux-Deroseau*, ph., r. du Puygareau, 5. — Dépôt à Paris, chez M. Duriez, place des Vosges, 20.

PHTISIE

BRONCHITES et CATARRHE PULMONAIRE,

Traitement curatif par les injections sous-cutanées

de l'EUCALYPTINE LE BRUN

Dépôt Gal : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52, PARIS

MÉDAILLE D'OR, EXPOSITION DU HAVRE 1887.

QUINA * FER

Chlorose, Anémie

Vins Titrés d'Ossian Henry

Membre de l'ACADEMIE de MEDECINE
Professeur à l'Ecole de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

ATONIE, DYSPEPSIE, CHLOROSE, DÉBILITÉ GÉNÉRALE

GRANULES	DRAGÉES
de 2 milligrammes	de 25 milligrammes
Quassine cristallisée	Quassine amorphe

QUASSINE ADRIAN

La **QUASSINE ADRIAN**, essentiellement différente de toutes celles du commerce, est **la seule** dont les effets réguliers aient été constatés. Elle excite **l'appétit**, développe les **forces**, combat efficacement les **dyspepsies atoniques**, les **coliques hépatiques** et **néphrétiques**.

GROS : 11, RUE DE LA PERLE, PARIS

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.

©SIU Santé

avec peine seulement à l'âge de 3 ans. Cependant il est resté sain et robuste jusqu'au début de la maladie actuelle, c'est-à-dire jusque vers 45 ans. A ce moment, sans cause connue et sans prodromes, il a commencé à ressentir *une faiblesse et une lassitude facile dans la région lombaire*, à ce point que, le soir, après une marche un peu longue, il ne pouvait se tenir droit qu'avec un certain effort. Au bout de quelques mois, cette faiblesse avait augmenté au point qu'il ne pouvait plus marcher que le corps incliné en avant sur le bassin; puis elle s'accrut peu à peu, et, dans les quatre ou cinq dernières années, il lui était impossible de conserver la position verticale; pour marcher, il devait porter le tronc horizontalement en avant, de manière à former un angle droit avec la partie inférieure du corps. Cette incurvation disparaissait complètement dans le décubitus dorsal.

Le malade n'avait pas de douleurs, spontanées ni provoquées, pas de paralysies, pas de faiblesse des jambes ni des bras; dans ces dernières années, il avait de fréquentes secousses fibrillaires dans les muscles des membres inférieurs. A la fin de sa cinquantième année, il faisait encore le métier de tonnelier. Quand il en fut empêché par l'aggravation du mal, il se mit au métier de jardinier, qu'il remplissait encore plus ou moins bien au moment de son entrée à l'hôpital.

Dans les antécédents du malade, nous ne trouvons pas d'abus alcooliques, pas de syphilis, pas de rhumatisme, pas de phénomènes d'intoxication par le plomb. Du côté de l'étiologie, il faut accorder une certaine importance au métier de tonnelier exercé par le malade pendant la plus grande partie de son existence, métier qui met spécialement en action les muscles de la région lombaire, par suite des mouvements continus et rythmés d'abaissement et d'élévation du tronc.

Dans les lignes ascendante et collatérale de Sel..., il y a *cinq autres cas* de cette maladie : un oncle maternel, la mère, deux frères et une sœur. Chez tous, les premiers troubles sont apparus de 45 à 50 ans, précédés quelquefois de douleurs névralgiques dans les lombes et les membres inférieurs, le plus souvent sans phénomènes d'irritation sensorielle. Chez tous l'incurvation du corps se manifestait avec les mêmes caractères et allait en augmentant progressivement.

Un fils et une fille du malade âgés le premier de 25 ans, la seconde de 20 ans, ne présentent, jusqu'à présent, aucun indice de la maladie.

ETAT ACTUEL : La colonne vertébrale, dans le décubitus, ne présente pas de déviations. Pas de paresthésie, pas de retard ni d'affaiblissement dans la perception des impressions tactiles ou douloureuses.

L'examen de la motilité et de l'état trophique des muscles revêt les caractères normaux à la face et aux membres supérieurs. Les altérations sont limitées à quelques muscles du dos et des membres inférieurs. A partir de la sixième vertèbre dorsale jusqu'à l'os iliaque, on observe une dépression costo-vertébrale assez profonde, par atrophie des *muscles long dorsal et sacro-lombaire*.

L'excitation de ces muscles avec les courants constants et interrompus ne provoque aucune contraction. Ce n'est qu'au-dessus de la sixième vertèbre dorsale, que, avec les courants constants et interrompus, on obtient des contractions promptes, mais légères. Aucune réaction de dégénérescence. Les rhomboïdes, les muscles du cou, le grand dorsal, le grand dentelé, les pectoraux, les muscles de l'abdomen sont bien développés et réagissent normalement sous l'influence électrique.

Dans les membres inférieurs, à droite, le *vaste interne* paraît très diminué de volume, et, avec les courants électriques, il se contracte promptement, mais plus faiblement que le gauche.

Les *gastro-cnémiens* des deux côtés sont aplatis et flasques, et donnent des contractions faibles, mais ils ne présentent pas d'altérations qualitatives de la réaction électrique.

Le réflexe rotulien, quoique faible, existe des deux côtés; le réflexe du tendon d'Achille est aboli. L'excitabilité idio-musculaire est normale dans les muscles non altérés : elle manque au contraire ou est faible dans les muscles atteints d'atrophie. Dans les muscles malades comme dans les muscles sains, la sensibilité musculaire se maintient dans les limites normales. Le sens musculaire est conservé, ainsi que la coor-

©BIU Santé

dination des mouvements dans les membres inférieurs. Pas d'anomalie des réflexes internes ; les fonctions de la vessie et du rectum sont normales.

L'attitude du malade est décrite précédemment. Pour porter le tronc dans la position verticale, il lui faut s'appuyer sur un support résistant. Malgré l'atrophie considérable des muscles ci-dessus indiqués des membres inférieurs, il peut cependant marcher sans fatigue pendant plusieurs milles de suite.

Le malade succomba à l'entérite aiguë le 23 septembre. Voici les résultats de l'*autopsie* :

Les muscles sacro-lombaire, transversaire épineux et loug-dorsal, sont soudés ensemble, et forment un tissu filtreux compact, privé de graisse, au milieu duquel courent quelques stries roses ou jaunes, pâles, dernier vestige des fibres musculaires. Dans tout ce trajet, les muscles inter-épineux et inter-transversaires présentent un aspect rouge-jaunâtre et une consistance fibreuse.

Au-dessus de la sixième vertèbre dorsale, ces altérations disparaissent rapidement. Dans les membres inférieurs, à droite, le vaste interne est atrophié, de couleur rouge-jaunâtre, avec de nombreuses stries fibreuses. Le droit antérieur, quoique de volume normal, présente quelques faisceaux d'aspect jaune-rougeâtre, alternant avec des faisceaux à aspect normal. A gauche, le triceps me paraît peu altéré.

Les gastro-cnémiens des deux côtés sont notablement atrophiés, flasques et de couleur rouge-jaunâtre.

Les *nerfs périphériques* qui se rendent à ces muscles présentent à l'examen macroscopique leur volume et leur brillant normal.

En ouvrant le canal rachidien, on n'observe rien d'anormal dans les méninges, ni dans les racines antérieures et postérieures.

La moelle, dans toute sa longueur, a *une consistance considérable* et la substance grise est de couleur rose-brunâtre, par laquelle à l'état frais elle se différencie d'une manière assez notable de la substance blanche.

On a pratiqué l'*examen histologique* de la moelle spinale et de ses fibres radiculaires, des muscles sacro-lombaire, long dorsal et vaste interne droits, et des filets nerveux qui se rendaient à ces muscles.

Dans les muscles, on a constaté *une prédominance considérable du tissu connectif sur les fibres musculaires.*

On observe encore sur les fibres musculaires tantôt la dégénérescence albuminoïde du protoplasma, tantôt la prolifération exagérée des noyaux, tantôt la dégénérescence graisseuse du parenchyme; sur d'autres, en même temps que l'augmentation des noyaux, on observe une disparition graduelle du parenchyme; de telle sorte que, dans les degrés les plus avancés de l'altération, tout ou presque tout le sac myolématique est occupé et distendu par ces noyaux. On voit seulement à intervalles irréguliers, interposé entre ces noyaux, un peu de protoplasma granuleux.

Il est rare de rencontrer la dégénérescence vitreuse. Mais on observe en quelques points une singulière combinaison de la dégénérescence vitreuse avec la prolifération nucléaire.

Il est plus fréquent de rencontrer l'atrophie simple ou l'atrophie avec trouble granulo-graisseux.

Moelle épinière. — Le canal central est agrandi du double dans la partie supérieure de la moelle; au niveau du renflement lombaire, il présente une étendue triple et même quadruple de l'état normal. Autour de ce canal central et dans la substance grise, surtout au contact des parois vasculaires, on observe une quantité assez considérable de corpuscules amyloïdes qui sont surtout abondants dans la région dorsale et dans la moitié supérieure du renflement lombaire. Ils se distinguent par un volume double ou triple de celui des cellules blanches, par leur forme arrondie, leur aspect stratifié avec reflet brillant, et se colorant en rouge par la réaction de la teinture d'iode et de l'acide sulfurique.

Les vaisseaux de la substance grise, surtout ceux de la colonne antérieure, sont épaissis; quelques-uns sont tortueux et dilatés en ampoules.

Sur plusieurs sections, j'ai pu observer des hémorrhagies capillaires dans le paren-

©BIU Santé

chyme ou la présence de corpuscules blancs dans les espaces lymphatiques périvasculaires.

Dans les colonnes grises antérieures de la région dorsale et de la partie supérieure de la région lombaire, à côté de cellules d'aspect normal, on trouve, sur presque toutes les sections, une ou deux cellules dans lesquelles le protoplasma est presque entièrement remplacé par du pigment, et le noyau froncé avec disparition du nucléole (dégénérescence pigmentaire). Ou bien le corps de la cellule est rétréci, déformé, et le noyau ratatiné (atrophie simple). Les prolongements sont petits, irréguliers, tortueux, en état d'atrophie.

La substance blanche est normale.

Pour ce qui est des nerfs périphériques, au point où ils pénètrent dans les muscles, on observe tantôt une augmentation du tissu connectif fibrillaire interposé aux fibres nerveuses, tantôt la diminution des fibres à double contour; dans des cas plus rares, une fragmentation de la myéline, laquelle disparaît par intervalle et se réduit à quelques traces au voisinage des noyaux. Les cylindres-axes sont interrompus par places et dans d'autres points ils ont disparu.

L'auteur fait remarquer que ces lésions de la moelle ne sont pas celles des myélites, ni de la dégénérescence (considérée dans le sens anatomique), ni de la sclérose; elles se présentent, au contraire, habituellement chez les personnes assez avancées en âge, et sont caractéristiques de l'*involution sénile de la moelle épinière*.

Cette observation viendrait donc à l'appui de l'opinion de Arndt, selon lequel les affections nerveuses dégénératives auraient pour substratum organique un système nerveux débile et destiné à vieillir précocement. Cette idée s'appliquerait bien à l'atrophie progressive héréditaire; elle expliquerait, d'une part, son début insidieux, la lenteur de sa marche, l'absence de troubles sensoriels, et, d'autre part, la transmission héréditaire et le caractère de fatalité qui en domine toute la marche.

L. Greffier.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

M. le Secrétaire perpétuel dépose sur le bureau, parmi les autres pièces de la correspondance, un travail manuscrit de M. Bernutz, le dernier qui soit sorti de la plume de ce regretté académicien, *sur les maladies syphilitiques de l'utérus*.

M. Constantin Paul présente, de la part de M. le docteur Lejars, une brochure intitulée : *Etude sur les anémies*.

M. Tarnier présente, de la part de M. le docteur Jules Simon, la 2e édition du tome II de ses *Conférences cliniques et thérapeutiques sur les maladies des enfants*.

M. Gariel dépose sur le bureau le compte rendu des travaux du Congrès de Toulouse en 1887.

M. Villemin présente, de la part de M. le docteur Stroëbel, chirurgien-major, un mémoire manuscrit *sur la vaccination animale*.

M. Verneuil communique un important travail sous le titre suivant : *Du traitement du furoncle et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées*.

Voici les conclusions de cette communication :

1° Le furoncle et l'anthrax ne sont que des degrés d'une même maladie infectieuse et sont justiciables des mêmes moyens thérapeutiques.

2° Ceux-ci consistent en actes chirurgicaux et en applications topiques. Les premiers semblaient autrefois indispensables ou, pour le moins, applicables à la majorité des cas. Les seconds, efficaces tout au plus dans les cas légers, ne jouaient dans le traitement qu'un rôle adjuvant et fort secondaire.

©BIU Santé

3° C'est l'inverse qui doit être accepté aujourd'hui; l'intervention opératoire devient de moins en moins nécessaire et sera réservée pour des cas tout à fait exceptionnels. Au contraire, les topiques antiseptiques, au premier rang desquels il faut placer les solutions phéniquées et boriquées, employées d'une certaine manière et, en particulier, sous forme de pulvérisations prolongées et réitérées, jouissent d'une efficacité remarquable en même temps qu'elles sont d'une bénignité absolue et d'un maniement des plus simples.

4° Les pulvérisations font, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement les furoncles et les petits anthrax; elles arrêtent la marche du mal dans les cas plus graves, font d'ordinaire cesser très vite les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, hâtent leur détersion et favorisent la formation d'une belle couche de bourgeons charnus.

5° Elles sont applicables dans toutes les régions, à toutes les formes et à toutes les périodes du mal; elles ne sont jamais nuisibles et, à elles seules, amènent la guérison dans la grande majorité des cas. Elles aideraient puissamment, d'ailleurs, au succès des moyens chirurgicaux, au cas où ceux-ci deviendraient nécessaires.

6° Enfin, elles tendent à prévenir les auto-inoculations intérieures et les phénomènes d'infection générale.

La discussion sur la communication de M. Verneuil est renvoyée à la prochaine séance.

M. Germain Sée fait une communication intitulée : *Les maladies de l'estomac jugées par un nouveau réactif chimique*. Ce nouveau réactif est désigné sous le nom de phloroglucine vanilline. On fait, avec 2 grammes de phloroglucine et 1 gramme de vanilline dans 30 grammes d'alcool absolu, une solution dont une goutte, en présence d'une *trace* d'un acide minéral concentré, se colore aussitôt d'un rouge vif, en même temps qu'il se dépose des cristaux d'un beau rouge. Au contraire, les acides organiques concentrés, par exemple l'acide lactique ou l'acide acétique, n'ont aucune influence sur la coloration. Les chlorures eux-mêmes mêlés à ces acides organiques ne fournissent aucune coloration.

Pour éclairer le diagnostic et le pronostic des maladies de l'estomac, M. Sée a, le premier, il y a sept ans, appelé l'attention sur la nécessité de l'examen du suc gastrique. On fait faire au malade atteint de troubles gastriques un déjeuner d'épreuve composé de deux œufs durs et d'un demi-verre d'eau; puis, au bout de quarante-cinq minutes, on retire de l'estomac avec l'aspirateur Potain quelques centimètres cubes de suc gastrique, auxquels on ajoute une ou deux gouttes de phloroglucine vanilline qui suffisent pour déceler, à l'aide de la coloration rouge vif et du dépôt de cristaux de même couleur, la présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Si cette réaction ne se produit pas, c'est qu'il n'y a pas d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, et l'absence de cet acide donne une gravité toute particulière au diagnostic et au pronostic, puisqu'elle ne se manifeste que dans les cas de cancer.

Quant au traitement des diverses affections de l'estomac, il se divise en trois médications, savoir : 1° La chlorhydrothérapie, 2° l'alcalinothérapie, 3° les évacuants.

Le régime trop uniformément prescrit dans les maladies de l'estomac, le lait ne convient, d'après M. Sée, qu'à l'ulcère simple.

Le régime amylacé, utile dans les dyspepsies hypochlorhydriques, doit être sévèrement interdit dans les dyspepsies *hyperchlorhydriques*.

La viande et le poisson doivent toujours être prescrits en abondance, dans ce dernier cas; volaille, gibier, veau, bœuf, mouton et jambon maigre.

M. Laborde remercie M. Sée de la façon courtoise dont son collègue a parlé de ses travaux sur les réactifs du suc gastrique; il croit devoir ajouter cependant, contrairement à l'assertion de M. Sée, que ces travaux n'ont pas été méconnus en France. Dans la dernière édition de son *Traité de physiologie*, Béclard les a mentionnés. Il est vrai que l'emploi des réactifs colorants était resté dans le domaine de la physiologie, jusqu'à M. Sée qui a montré les avantages que l'on pouvait en retirer dans les recherches cliniques.

©BIU Santé

M. C. Paul rappelle qu'un auteur allemand a, le premier, appelé l'attention sur le fait de la diminution de l'urée comme signe du cancer de l'estomac ; il s'étonne que M. Sée ait cru pouvoir nier l'importance du dosage de l'urée dans le diagnostic des maladies de l'estomac.

M. Sée répond que, pour admettre la valeur de la diminution de l'urée dans le cancer de l'estomac, il faudrait prouver d'abord que la proportion de ce principe est normale dans les vieilles dyspepsies.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Gariel sur les candidats au titre de correspondant national (division de physique et de chimie).

Addition à la séance du 10 janvier.

Dangers et inutilité des grandes intensités galvano-caustiques chimiques. — M. Danion lit un travail sur les dangers et l'inutilité des grandes intensités galvano-caustiques chimiques, notamment dans leurs applications aux affections utérines.

Voici les conclusions de ce travail :

1° Des expériences nombreuses et variées, faites sur les animaux, démontrent que les hautes intensités galvano-caustiques chimiques déterminent des congestions souvent violentes, fréquemment suivies d'inflammation des organes intéressés.

2° Les résultats chimiques obtenus dans le traitement des affections utérines confirment d'une manière nette ces effets d'électro-chimie. Les hautes intensités peuvent dans ce cas déterminer des phénomènes inflammatoires graves.

3° Il n'existe rien, absolument rien pouvant plaider en faveur d'une substitution des hautes intensités aux basses. D'où il suit que la méthode des hautes intensités est non seulement dangereuse, mais encore inutile.

4° Les hautes intensités voltaïques non caustiques paraissent inoffensives ; cependant de nouvelles expériences sont nécessaires pour confirmer cette conclusion.

FORMULAIRE

Solution contre la phthisie laryngée. — F. Ingalls.

Chlorhydrate de morphine.....	0 gr. 20 centigr.	
Acide phénique.....	1 gr. 50	—
Acide tannique.....	1 gr. 50	—
Glycérine neutre et eau distillée....	ää 16 grammes.	

Faites dissoudre. — Avec un pinceau imbibé de ce liquide, on badigeonne l'entrée du larynx, une ou deux fois dans les vingt-quatre heures, dans le cas de phthisie laryngée. — Dans l'intervalle des badigeonnages, on étend la solution de deux ou trois fois son volume d'eau, et on l'emploie sous la forme de pulvérisations. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Académie de médecine de Turin. — Le professeur Perroncito fait, au nom du docteur Montel, une communication sur la résistance du virus tuberculeux (séance du 25 nov.). D'après ces expériences, la dessiccation serait un bon moyen d'atténuation de ce virus.

— Le professeur Lessona attire l'attention de ses collègues sur l'invasion, à Turin, d'innombrables quantités d'hydrophiles qui, attirés par la lumière électrique, tournent autour des verres qui protègent les becs lumineux, se brisent contre eux et jonchent bientôt le sol. Il rappelle qu'un fait analogue s'est passé à Alexandrie. Il s'explique mieux dans cette ville entourée d'eaux stagnantes. A Turin, les lumières électriques du côté de la cité pauvre en eaux n'ont pas attiré les coléoptères aquatiques, tandis

©BIU Santé

que, dans la partie qui regarde Vanchiglia, les insectes ont pu venir en cohortes pressées. Il est curieux que l'attraction de la lumière électrique s'exerce plus particulièrement sur les hydrophiles et non sur les autres coléoptères du même genre.

— Dans la séance du 5 décembre, M. Poa a fait, au nom du docteur Carbone, une communication sur un élément de la rate des mammifères non encore décrit par les auteurs. — Ch. S.

COURRIER

Association médicale mutuelle du département de la Seine. — L'Association fondée par notre excellent confrère, le docteur Gallet-Lagoguey, tiendra son assemblée générale le dimanche 22 janvier, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine.

On sait quelles sont nos sympathies pour cette œuvre; nous les avons plus d'une fois exprimées ici. Nous savons que les résultats acquis sont de nature à éveiller l'intérêt de tous. Aussi engageons-nous vivement nos confrères à assister à l'assemblée générale du 22 janvier. — L.-G. R.

Faculté de médecine de Paris. — Les consignations, pour les examens dont désignation suit, seront reçues, pendant l'année scolaire 1887-1888, jusqu'aux dates ci-après indiquées : pour le deuxième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 20 mars inclusivement; pour le deuxième examen de doctorat (deuxième partie) et pour le troisième examen de doctorat (première partie), jusqu'au mardi 17 avril inclusivement; pour le quatrième examen de doctorat, jusqu'au mardi 5 juin inclusivement; pour le cinquième examen de doctorat (première et deuxième parties), jusqu'au mardi 26 juin inclusivement, ainsi que pour les examens de sage-femme; enfin pour les thèses de doctorat, jusqu'au mardi 10 juillet inclusivement.

Pour l'officiat de santé, les dates sont : pour le premier examen, jusqu'au mardi 19 juin inclusivement; pour le deuxième examen, jusqu'au mardi 26 juin inclusivement; et pour le troisième examen, jusqu'au mardi 10 juillet inclusivement.

MM. les étudiants sont prévenus que ces dispositions seront rigoureusement appliquées.

Les élèves ajournés, après le 9 juin, à un examen, quelle qu'en soit la nature, ne pourront plus se présenter avant les vacances. Passé le 12 juillet, MM. les professeurs n'accepteront plus de présidence de thèses et ne signeront plus de manuscrits.

Faculté des sciences de Lyon. — M. Couvreur est nommé chef des travaux pratiques de physiologie (emploi nouveau).

M. Bovier-Lapierre est nommé préparateur de physiologie, en remplacement de M. Bottard, non acceptant.

M. Roche est nommé préparateur de chimie générale, en remplacement de M. Cotton.

— Le prix Bressa, d'une valeur de douze mille francs, vient d'être décerné à M. Pasteur par l'Académie des sciences de Turin, dans sa séance du 8 janvier 1888.

Société de biologie. — *Prix Ernest Godard en 1888.* — Conformément aux termes du testament d'Ernest Godard, la Société de biologie décernera, à la fin de l'année 1888, un prix de 500 francs au meilleur mémoire qui lui sera adressé sur un sujet se rattachant à la biologie. Aucun sujet de prix ne sera proposé. Dans le cas où, une année, le prix n'aura pas été donné, il sera ajouté au prix qui serait donné deux années plus tard.

Les mémoires devront être envoyés au secrétaire général de la Société avant le 15 octobre; passé cette date, ils ne seront plus admis au concours.

VIN DE BAYARD à la peptone phosphatée, le plus puissant reconstituant.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. P. Le Gendre : L'antisepsie locale et l'antisepsie intestinale contre la furonculose. — III. Bibliothèque : Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. — IV. Revue des journaux : Le tubage du larynx. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Nouvelles de l'étranger. — IX. Courrier.

BULLETIN

D'après un préjugé populaire très vivace encore, toute personne qui échappe à une maladie grave n'en devient que plus robuste ensuite; la maladie est l'occasion d'une purification du sang, qui procure au convalescent un regain de jeunesse.

Il faut dire que bien des exemples peuvent être invoqués à l'appui de ce préjugé; celui que nous donne personnellement en ce moment notre cher maître M. Verneuil en est un des plus remarquables. Il y a juste un an, à pareille époque, il entrait en convalescence d'une maladie qui faillit l'emporter; la convalescence fut longue, mais la guérison solide, et il est peu de semaines maintenant où il ne communique quelque fait intéressant à nos Sociétés savantes.

Sa campagne en faveur de la nature infectieuse et de l'origine équine du tétanos, qu'il continue avec persévérance, l'a amené lundi dernier à la tribune de l'Académie des sciences. Analysant une observation de tétanos considérée comme de nature spontanée, *a frigore*, par son auteur, il lui fut facile de démontrer que le malade avait présenté une porte d'entrée au virus tétanique, constituée par une angine terminée par un abcès, et des rapports avec les chevaux. De combien d'autres observations, données également comme de nature spontanée, ne pourrait-on pas en faire ressortir la même lumière, si elles étaient prises avec autant de détails? (1)

Le lendemain, à l'Académie de médecine, M. Verneuil démontra les heureux effets de la pulvérisation antiseptique dans le traitement du furoncle et de l'anthrax. Un de ces faits m'a surtout frappé, c'est celui du gros furoncle avec œdème volumineux de la face chez un diabétique, dont il me fit l'honneur de me confier le traitement. On connaît la gravité presque toujours fatale du pronostic de cette affection chez de pareils sujets, et, dès ma première visite, j'étais persuadé, d'après les faits de ce genre que je connaissais, que la mort ne tarderait pas à mettre fin aux souffrances de notre malheureux ami. L'effet des premières pulvérisations, en faisant tomber la fièvre, cesser les douleurs, l'agitation, diminuer l'œdème, nous causa la plus vive surprise, qui dura jusqu'à la guérison complète et rapide. Pour tous ceux qui ont assisté à cette cure, les pulvérisations phéniquées répétées amenaient une révolution dans le pronostic et le traitement des furoncles et des anthrax, opinion que les observations plus récentes n'ont fait que confirmer.

— Aurions-nous enfin un moyen sûr de diagnostiquer les affections de l'estomac? M. le professeur Germain Sée, qui poursuit depuis plusieurs années la solution de ce problème, a la plus grande confiance dans un nou-

(1) Nous rappelons à nos lecteurs que M. Verneuil fera ce soir, à l'Hôtel des Sociétés savantes, une conférence sur la nature infectieuse et l'origine équine du tétanos.

©BIU Santé

veau réactif colorant, la *phloroglucine-vanilline;* suivant les modifications éprouvées par cette substance au contact des liquides de l'estomac, on peut savoir, facilement et rapidement, si l'estomac est sain ou malade, s'il s'agit d'une affection organique ou d'une dyspepsie par excès ou par défaut des éléments primordiaux du suc gastrique, etc. Si les indications fournies par ce réactif sont exactes, on conçoit qu'il sera facile de donner une classification plus nette des diverses dyspepsies, de mieux connaître leur étiologie et, par suite, de leur appliquer un traitement plus rationnel et plus efficace. M. le professeur Bouchard, pris à partie par M. Sée, va probablement répondre aux critiques qui ont été élevées contre sa théorie de la dilatation gastrique, mais ce ne sera sans doute, suivant sa louable habitude, qu'après avoir étudié à fond les résultats donnés par le nouveau réactif.

— Les poumons sécrètent un poison que MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont recueilli dans les bronches, cultivé et inoculé à des animaux; l'homme le porte impunément en lui-même, mais l'animal à qui on l'inocule en meurt. En est-il de même pour l'homme lorsqu'une altération de la muqueuse bucco-aérienne permet à ce poison de pénétrer dans le torrent circulatoire? On n'en sait encore rien; mais on comprend combien est intéressante la solution de ce problème. S'il était démontré que l'introduction de ce poison dans l'organisme cause des phénomènes de septicémie analogues à ceux qu'on observe dans les affections broncho-pulmonaires, il serait par là même prouvé que la muqueuse bronchique remplit, à l'état sain, des fonctions de protection vis-à-vis de cet organisme.

— Encore un nouvel argument en faveur de l'origine microbienne du cancer. Un médecin anglais, M. le docteur Blyth, recherchant la transmission du cancer par contagion, a cité des expériences et plusieurs exemples d'infection chez l'homme par l'inoculation accidentelle, soit à la suite de blessure, soit par le contact intime de sujets cancéreux et de personnes saines. Il a rapporté, entre autres, l'histoire curieuse de trois personnes qui, ayant habité successivement la même maison, étaient devenues cancéreuses : un étranger qui venait souvent en visite dans cette maison fut également atteint de cancer, puis sa nièce. En présence de ces faits, M. Blyth ne croit pas qu'il s'agisse d'une simple coïncidence, mais pense qu'il vaut mieux invoquer la contagion qu'une soi-disant prédisposition individuelle, mystérieuse et héréditaire, restée si longtemps latente. Il ne faut cependant pas rejeter complètement la prédisposition dans l'étiologie du cancer, maintenant surtout que l'on connaît mieux l'influence du tempérament arthritique sur la production des néoplasmes; cette prédisposition peut encore être héréditaire, mais n'est plus aussi mystérieuse qu'autrefois; elle est constituée par le terrain arthritique, dans lequel peuvent tomber et facilement se développer les germes du cancer. — L.-H. P.

L'antisepsie locale et l'antisepsie intestinale contre la furonculose.

I

L'étiologie microbienne de la furonculose paraît hors de contestation; cette notion, nettement établie, est venue éclairer toutes les particularités de l'h istoire assez bizarre de la furonculose.

©BIU Santé

Dès l'année 1866, J. Startin (1) notait l'auto-inoculation des furoncles sur le corps des malades eux-mêmes par l'acte du grattage, la transmission d'individus à individus cohabitant ou ayant d'intimes contacts, l'apparition des furoncles sur les mains des chirurgiens, soit au niveau de quelque érosion de l'épiderme, soit consécutivement à la piqûre d'instruments tranchants incomplètement nettoyés après l'incision d'une tumeur furonculeuse.

Trastour (de Nantes) a raconté l'histoire de religieuses qui, ayant soigné une des leurs affectée de furoncles, contractèrent des furoncles aux doigts, aux mains, aux avant-bras, à la face, et la seule personne de la communauté qui en fut exempte, quoiqu'elle lavât les linges souillés par les pansements, dut l'immunité à la précaution qu'elle avait prise, de les laisser tremper longtemps dans un bassin plein d'eau, et de les toucher non avec les mains, mais avec un morceau de bois (2).

Lœwenberg (3) a rapporté une série de faits dans lesquels la contagion est indéniable ; d'autre part, les recherches microbiologiques de Pasteur ont permis de démontrer le parasite jusqu'alors soupçonné.

Pasteur a montré qu'il y a entre le parasite du furoncle et celui de l'ostéomyélite grande similitude, sinon identité.

Garré (dans Flügge. *Die mikro-organismen;* V° Auflage, p. 148) applique sur la peau de son bras très saine plusieurs colonies de straphylocoques prises dans du pus d'ostéomyélite ; ceux-ci, pénétrant dans les conduits excréteurs des glandes cutanées, produisent des furoncles en grand nombre.

Le microbe de la furonculose a été retrouvé par Lœwenberg. Ce microbe descendrait le long du poil, comme par un fil conducteur ; arrivé au fond des follicules pileux, il s'y multiplie si rapidement que bientôt un grand nombre de glandes sont pleines de colonies de micro-organismes qui provoquent une inflammation locale, soit par une action purement mécanique, soit en produisant une substance irritante.

L'air et l'eau sont les véhicules des microbes du furoncle ; ainsi s'explique l'apparition des furoncles sur des parties découvertes du corps, ou fréquemment en contact avec des eaux impures employées pour le lavage quotidien ; ainsi s'expliquerait encore ce fait, noté par Kaposi, que l'usage des douches a pu provoquer une éruption furonculeuse. Lorsqu'un furoncle a suppuré, le liquide qui s'en écoule, riche en microbes, vient souiller les parties voisines ou déclives de la peau et diffuse le mal, sans compter que les mains mêmes du malade ou le déplacement du pansement peuvent devenir des agents de transport des microbes.

La notion de la nature parasitaire du furoncle n'exclut pas formellement certaines influences étiologiques antérieurement admises, de telle sorte que le microbe ne représente pas toute la maladie. De quelque microbe qu'il s'agisse, celui de la furonculose comme celui de la tuberculose, il ne peut se développer que sur un terrain de culture favorable. L'un comme l'autre, comme d'ailleurs beaucoup de microbes pathogènes, transportés par l'air et par l'eau, arrivent au contact de notre organisme et même s'y introduisent sans doute bien souvent, sans qu'il en résulte de dommage pour nous tant que nous ne sommes pas en état d'opportunité morbide.

(1) *Brit. med. Journal.*
(2) *Bull. de l'Acad. des sciences*, 1880.
(3) *Progrès médical*, 1880

©BIU Santé

Il peut donc arriver que certains troubles de la nutrition, certains changements dans la constitution chimique de nos humeurs soient indispensables pour permettre aux microbes de la furonculose d'exercer dans nos glandes cutanées leur action défavorable. Ces changements de nos tissus et humeurs peuvent être la glycémie, l'uricémie, l'absorption des produits d'une élaboration digestive imparfaite, etc.

Ne pourrait-on aussi se demander si quelquefois les microbes pathogènes ne pénètrent pas dans l'organisme par le tube digestif? Un cas de pneumonie survenue chez un furonculeux et publié par M. Chambard, qui a trouvé dans les nodules pneumoniques les mêmes microbes que dans les furoncles, donne singulièrement à réfléchir.

II

La nature parasitaire du furoncle étant admise, — que le microbe spécifique soit ou non celui qui a été décrit par Pasteur, Lœwenberg et d'autres, — les moyens qui réussissent presque à coup sûr à guérir, ou en tout cas à empêcher la pullulation, dérivent de cette notion. Ces moyens sont nombreux et d'inégale efficacité : ils ont été presque tous énumérés dans le travail si complet de M. Gingeot (1), auquel nous renvoyons. Les plus efficaces appartiennent à la classe des antiseptiques. Citons-en seulement quelques-uns.

Les topiques qui ont donné les meilleurs résultats sont le nitrate acide de mercure et l'onguent napolitain (Startin); la pommade au précipité rouge (Jorissenne); la teinture d'iode (Boinet); l'alcool camphré (Gingeot); l'acide borique en solution sursaturée (Lœwenberg); l'iodoforme et l'acide phénique (Chambard), etc.

M. Verneuil vient d'insister, dans la dernière séance de l'Académie de médecine, sur l'excellence des pulvérisations de solutions antiseptiques phéniquées ou boriquées, pulvérisations prolongées et réitérées; il pense qu'elles font, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement le furoncle.

Il ne s'agit pas seulement de guérir les furoncles, mais aussi d'éviter les récidives et de remédier à la disposition en vertu de laquelle l'organisme offre une réceptivité particulière à la furonculose. La médication évacuante (purgatifs et vomitifs), vantée par Rayer, est abandonnée par la plupart des auteurs contemporains. Il n'y a pas d'indication à administrer l'ipéca, le tartre stibié ou les sels purgatifs, à moins que le furonculeux ne présente aussi des signes de catarrhe gastro-intestinal. Bon nombre d'individus couverts de furoncles conservent néanmoins un excellent appétit et une digestion convenable. Mais il n'en est pas toujours ainsi; l'anorexie, les troubles digestifs font assez souvent cortège aux poussées furonculeuses. Soigner l'état dyspeptique, combattre les fermentations excessives qui s'accomplissent dans le tube digestif, est alors une indication thérapeutique majeure.

Les traitements généraux qui ont été le plus en faveur sont l'arsenic, les alcalins, l'eau de goudron (Hardy), les hyposulfites et les sulfures (Sydney Ringer). M. Gingeot a notamment plaidé la cause des sulfures avec la conviction chaleureuse d'un homme qui leur devait personnellement la guérison d'une interminable furonculose.

Dans la dernière séance de la Société clinique, mon maître, M. le profes-

(1) *Bull. de therap.*, 1885.

©BIU Santé

seur Bouchard, citait un cas où une éruption furonculeuse a été arrêtée par l'antisepsie intestinale. Déjà, dans des conversations particulières, il nous avait signalé l'utilité de cette médication, et il y a quelques semaines nous avons eu l'occasion de l'appliquer avec succès.

Un de nos amis venait nous consulter pour un furoncle très volumineux du cou dont le bourbillon commençait à s'éliminer; deux ans auparavant, il avait eu une éruption de plus de cinquante furoncles qui avait, pendant près de trois mois, empoisonné son existence (le mot ne paraîtra pas trop fort à quiconque aura été obligé de vaquer à des occupations actives en portant sur son corps plusieurs furoncles en voie d'évolution); aussi l'apparition de ce premier furoncle, dans le voisinage duquel commençait à s'acuminer un second assez volumineux, mais encore dur, effrayait-elle beaucoup mon malade.

Je lui prescrivis à la fois une antisepsie locale rigoureuse et, comme il présentait des signes non douteux de troubles digestifs, l'antisepsie intestinale. Sur le furoncle en pleine suppuration et sur celui qui commençait à pointer, je fis appliquer en permanence une large rondelle d'emplâtre de Vigo cum mercurio, qui devait être changée deux fois par jour; à chaque fois, toute la région était lavée avec une solution chaude de sublimé à 1 p. 1000.

Simultanément, le malade a pris chaque jour 1 gr. 50 de naphtol, de salicylate de bismuth et de magnésie, le tout administré en cinq cachets médicamenteux à intervalles égaux; c'est-à-dire que, environ toutes les quatre heures, le temps du sommeil excepté, il avalait un cachet contenant :

Naphtol β . . . . . } ää 0 gr. 30 centigr.
Salicylate de bismuth . . . . . } ää 0 gr. 30 centigr.
Magnésie anglaise . . . . . } ää 0 gr. 30 centigr.

Huit jours après, mon malade revint. Le premier furoncle, naturellement, était cicatrisé; mais, à la grande surprise et à la grande joie de mon ami, qui, instruit par ses malheurs passés, avait prévu une nouvelle iliade de maux, aucun nouveau furoncle n'était apparu. En outre, ce qui me surprit, moi, davantage, le second furoncle, dont la suppuration m'avait paru inévitable, avait avorté et ne persistait plus qu'à l'état de noyau induré en voie de résolution, c'est-à-dire moins gros de moitié que huit jours auparavant.

Je fis continuer l'antisepsie intestinale et je restreignis l'antisepsie locale à des lavages deux fois par jour de tout le cou et des régions voisines avec une solution sursaturée d'acide borique (4 p. 100) chaude. Le traitement fut observé strictement pendant une autre semaine, puis cessé. Aucun furoncle nouveau ne s'était montré; on avait peine à retrouver, sous forme d'une insignifiante induration, la place de celui qui avait avorté.

Est-ce à l'antisepsie intestinale qu'en cette circonstance il est légitime d'attribuer l'arrêt de la poussée furonculeuse, ou bien à l'antisepsie locale? Je ne saurais le dire. Dans le cas cité par M. Bouchard, l'antisepsie locale n'avait pas été négligée non plus, bien qu'elle eût été faite moins rigoureusement; la démonstration n'est donc pas péremptoire.

La conviction absolue de l'efficacité découlerait sans doute de l'observation de cas où l'antisepsie intestinale à elle seule arrêterait une éruption furonculeuse. Mais, si, ayant fait l'antisepsie intestinale, on voyait d'autres furoncles apparaître dans la même région que les premiers, il n'en résulterait pas la preuve de l'inefficacité de l'antisepsie intestinale; car, une fois

©BIU Santé

les microbes pyogènes cantonnés dans les glandes cutanées d'une région, ils peuvent, en se semant de poche en poche par l'inoculation locale, engendrer de nouveaux furoncles. Si, au contraire, l'antisepsie intestinale étant faite, ainsi que l'antisepsie locale, il ne survient plus aucun furoncle dans d'autres régions éloignées, on peut être en droit d'attribuer à la première la mérite d'avoir mis fin à l'infection supposée d'origine intestinale.

Bref, la question demeure encore obscure jusqu'à plus amples études. Pour moi, je suis absolument convaincu que le traitement de la furonculose requiert d'abord, de nécessité absolue, une antisepsie locale rigoureuse, telle que je l'ai formulée par haut (emplâtre mercuriel occlusif et protecteur des parties voisines, lotions chaudes fréquentes au sublimé d'abord, à l'acide borique ensuite); secondement, j'incline à croire à l'utilité de l'antisepsie intestinale par le naphtol et le salicylate de bismuth à petites doses fréquemment répétées, suivant la méthode de mon maître. A l'avenir de juger l'importance respective des deux méthodes.

P. Le Gendre.

BIBLIOTHÈQUE

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales. — Directeurs : A. Dechambre de 1864 à 1885, L. Lereboullet depuis 1886; directeur-adjoint, L. Hahn.

De ce dictionnaire créé par Dechambre et que nous considérons comme une des plus grandes manifestations scientifiques de la fin du XIXe siècle, nous avons sous les yeux les livraisons suivantes : *1re série* — A-E — le tome 35, s'arrêtant à Esparron (Pierre-Jean-Baptiste). A la seconde partie de ce tome 35 se trouvent annexées les premières feuilles du tome 36, qui nous mènent à Estlander (Jean-Auguste). Les éditeurs nous annoncent que le complément du tome 36 formera un seul fascicule, et que les deux séries A-E (la première) et F-K (la quatrième, qui la suit immédiatement) se trouveront ainsi rejointes, ce qui va avoir lieu très prochainement. — *4e série*. Nous avons la première partie du tome 13, qui arrive au mot Hémorrhagie, par conséquent tout près de la lettre K, qui termine cette série. — *2e série* — L-P — la première partie du tome 25 donnant jusqu'à Pin, c'est-à-dire aux approches de la série suivante. — *3e série* — Q-T — la première partie du tome 18, où l'article important Tumeurs est entamé. — Enfin, *5e série* — U-Z — le deuxième tome, aboutissant au mot Vératrine. Ainsi, les séries se serrent et tendent rapidement à se souder, annonçant la terminaison de l'œuvre, qui sera complète avant la solennelle Exposition de 1889, où nous espérons que l'on verra se ranger avec honneur les riches volumes du *Dictionnaire de Dechambre*.

Les dernières livraisons parues renferment un nombre considérable d'articles parmi lesquels il en est qui méritent d'une manière particulière l'attention des savants et des praticiens. Nous devons nous borner à citer comme spécimens, en *anatomie générale*, Epithélial (*tissu*) de J. Renaut, où sont magistralement exposées l'origine, la morphologie, les différenciations des épithéliums. Hémoglobine, par Hénocque. En *Pathologie*, Epilepsie, par Burlureaux, avec des recherches intéressantes sur l'étiologie, la nature, le diagnostic différentiel, le traitement; étude au point de vue social et médico-légal, par exemple au point de vue du mariage. Erysipèle, par Vautrin, Spillmann et Ganzinotty; recherches du microbe; en particulier, descriptions des altérations vasculaires érysipélateuses. Hématozoaires, par Raphaël Blanchard, article très intéressant pour les praticiens. Hémiplégie spasmodique infantile, *hémiplégie cérébrale infantile*, par Pierre Marie. Phthisie, par Grancher et Hutinel, monographie remarquable, à la fois savante et pratique. Torticolis, par F. Guyon, très belle leçon et guide excellent. Toux, variétés et significations, par Lereboullet et Ricklin. Au mot utérus, nous trouvons un très bon résumé des faits relatifs à la pathologie utérine : arrêts de développement, déplacements,

©BIU Santé

fistules, diverses variétés d'inflammation aiguë ou chronique, ulcérations, varices, éruptions du col, tubercules de l'utérus, chancre utérin, syphilis utérine, tumeurs, etc. C'est tout un traité pratique très bien fait des maladies de la matrice qui se présentent le plus habituellement dans l'exercice de la médecine. En *médecine générale*, le bel article Epidémies par Léon Colin.

Du reste, dans les dernières livraisons, les matières suivantes sont traitées largement, dans des articles variés et nombreux : La thérapeutique, les eaux minérales, l'hygiène industrielle, la biologie, Toxicologie, excellent article général par Gabriel Pouchet, la botanique, la zoologie, Espèce par Quatrefages, la géographie médicale, Tonkin par Rey, la physique, Piles électriques très bel article par le professeur Gariel, la chimie, etc., etc. Il faut citer à part l'article Phylloxera, par le professeur Laboulbène, Photographie, par A. Hénocque, dans ses applications médicales, par A. Layet, au point de vue de l'hygiène.

Ainsi marche cette vaste publication, qui, rassemblant en un faisceau tous les éléments de la science médicale de notre époque, a pour caractère d'offrir des articles généralement complets, et constitue par là un grand et fidèle enseignement. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Le tubage du larynx. — Le *The medical Record* de septembre dernier contient trois importants articles sur le tubage du larynx, dont il importe de donner ici le résumé :

I. Le premier est du docteur O'Dwyer, qui commença dès 1880 ses expériences sur le tubage du larynx. Toutes les observations ont été faites au « New-York Foundling Asylum », établissement qui, on le sait, reçoit 180 enfants de quelques mois à six ans.

Vers 1880, la trachéotomie, ne donnant que des insuccès, avait découragé les médecins traitants. L'auteur se servit d'abord d'un cathéter introduit par les narines, puis d'un tube court dont l'extrémité inférieure descendait presque dans la trachée, tandis que le bout supérieur, affleurant au niveau du vestibule du larynx, permettait l'occlusion de la glotte par l'épiglotte pendant la déglutition. Mais il fallut fixer l'instrument qui se déplaçait pendant les efforts de la toux. L'extrémité inférieure du tube fut d'abord divisée, à cet effet, en deux valves qui, en s'ouvrant, devaient s'opposer au déplacement de l'instrument. Ce résultat ne répondit pas à l'attente du chirurgien ; de plus, les fausses membranes arrêtées par les valvules n'étaient que difficilement expulsées. L'extrémité inférieure fut alors allongée et descendit jusqu'à la bifurcation des bronches. La toux, néanmoins, produisait encore un déplacement partiel. Bref, l'immobilisation ne fut obtenue qu'en évasant l'extrémité du tube en un double renflement. Le diamètre de ces renflements, la longueur du tube sont cependant tels que l'instrument puisse être exploré facilement dans le cas où il serait obstrué par des masses de fausses membranes. Ainsi construit, il peut être supporté indéfiniment par les patients.

L'auteur reconnaît cependant que l'introduction et la mise en place du tube sont des opérations plus faciles en apparence qu'en réalité; s'il est des cas faciles, pour peu qu'on ait quelque adresse manuelle, il en est d'autres qui exigent dextérité et habitude. Mettant ensuite en parallèle la trachéotomie et le tubage, O'Dwyer conclut que la question importante n'est pas de connaître la proportion des guérisons sur 100 malades soumis à l'une ou à l'autre opération, mais bien de poser les indications de la trachéotomie et du tubage.

II. Dans un second article sur le même sujet, le docteur Waxham, quoique partisan résolu du tubage du larynx, n'en cèle pas plus que son confrère les réelles difficultés : c'est-à-dire, lésions possibles des tissus et de la trachée; l'extraction du tube, plus difficile que l'introduction ; la gêne de la déglutition quand l'instrument est en place. Mais, à côté de ces inconvénients, il faut signaler les avantages suivants : instantanéité de l'opération, absence de sang répandu sur la plaie, de douleurs, de complications comme

©BIU Santé

l'érysipèle, septicémie, etc.; possibilité d'une surveillance moins attentive, de lavages moins fréquents du tube, enfin résultats meilleurs au point de vue du nombre des guérisons. D'après les statistiques de Waxham, sur un millier d'opérations de tubage du larynx, 269 malades ont été sauvés d'une mort certaine.

III. Dans le troisième article, fait par le docteur William Worthrup, nous trouvons d'intéressants détails nécropsiques sur les lésions déterminées par la présence du tube.

Dans les autopsies d'enfants morts après avoir porté le tube de O'Dwyer pendant un temps variant de trois à sept jours, on ne découvrit que de simples abrasions de l'épithélium trachéal produites par l'extrémité du tube. La présence de ces légères lésions épithéliales fut constante tant qu'aucune épidémie ne se montra à « Fourndling Asylum ». Mais, dès que la rougeole et la scarlatine firent leur apparition, les enfants mourant épuisés par les complications du côté du poumon et du rein, les ulcérations s'accusèrent davantage, et 5 fois, sur 26 enfants, le bout inférieur de l'instrument ulcéra le cartilage.

Voici, du reste, les conclusions qui terminent le travail de l'auteur :

Les observations portent sur 116 cas, dont 90 sporadiques et 26 épidémiques :

1° Dans les premiers cas, l'extrémité inférieure du tube de O'Dwyer ne détermina que d'insignifiantes abrasions n'intéressant que l'épithélium; dans les cas épidémiques, 5 fois sur 26, on observa des ulcérations graves.

2° La cause de la mort a été, en général, l'extension du processus pseudo-membraneux aux poumons.

3° L'auteur n'a jamais constaté le passage du lait ou d'autres corps étrangers par le larynx. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 janvier 1888.

Du tétanos spontané, par M. Verneuil. — M. Verneuil affirmait à l'Académie, il y a quelques semaines, que le tétanos spontané n'existait point et que, si on se donnait la peine de faire, à propos de chaque cas réputé comme tel, une enquête suffisante, on finirait toujours par trouver la porte d'entrée du virus, cause unique et réelle de la maladie.

A l'appui de cette opinion, il cite une observation du docteur Buisson (d'Auberchicourt, Nord) dont voici le résumé :

« M. X..., négociant, 60 ans, de bonne santé habituelle et exposé seulement à de fréquents maux de gorge, appelle son médecin le 13 novembre 1887 pour des douleurs dans la gorge et la joue droite. Environ trois semaines auparavant, le 20 octobre, par un temps pluvieux et dans une cour exposée à tous les vents, il avait déchargé une voiture de carreaux à paver arrêtée devant son magasin et dont on avait dételé les chevaux. La besogne finie, il ressentit un vif refroidissement, ce qui ne l'empêcha pas de dîner.

Le lendemain 21, malaise, mal de gorge, douleurs d'oreilles et surdité à droite. Cet état, auquel on n'opposa du reste aucun remède, alla en s'aggravant peu à peu jusqu'au 13 novembre.

M. Buisson ne découvrit ce jour-là aucune lésion du pharynx ni des amygdales; mais, constatant, outre les douleurs et la surdité notées plus haut, une immobilité complète de la moitié gauche du visage avec déviation de la commissure buccale, diagnostiqua une paralysie du nerf facial *a frigore* et fit une prescription en conséquence.

Rappelé le 19 novembre, il constata comme signe nouveau l'impossibilité d'écarter les mâchoires, et la difficulté de respirer dans le décubitus horizontal; il crut à la formation d'un abcès de la gorge.

Le 21, au moment où, pour examiner le fond de la bouche, il introduisait une cuillère

©BIU Santé

entre les dents, un violent accès de trismus se produisit avec suffocation et congestion intense de la face.

Dès lors, M. Buisson, qui avait déjà songé au tétanos, mais en avait rejeté l'idée, n'hésita plus et se prononça catégoriquement pour un tétanos spontané.

Deux confrères de la région, M. Sockeel, chirurgien de l'hôpital de Douai, et M. Delbaru, chirurgien de l'hôpital de Cambrai, furent appelés en consultation le 24 novembre et confirmèrent de tous points le diagnostic.

Il y avait, ce jour-là, une amélioration légère; le patient put, en présence de ces messieurs, avaler deux cuillerées de café, mais fut pris, à la troisième, de trismus violent.

L'haleine était très fétide et la langue saburrale à ce point qu'on revint à l'idée d'un abcès de la gorge.

Les jours suivants, les choses restèrent au même point. Les boissons chaudes pouvaient être dégluties; froides, elles provoquaient instantanément le trismus; le malade ne s'était pas couché depuis le 20 novembre, parce que la position horizontale ramenait aussitôt la suffocation et la contracture; l'examen de la gorge produisait le même effet.

Le 30 novembre, pendant un accès auquel M. Buisson assistait, le patient rendit avec effort un crachat visqueux mélangé de sang. Le même phénomène se reproduisit le lendemain et l'on remarqua, de plus, que les injections boriquées, qu'on poussait dans a bouche, revenaient également teintes de sang; à partir de ce moment, le trismus diminua; en revanche, dans la nuit du 4 décembre, de deux à cinq heures, vives douleurs dans la poitrine avec contractures violentes des muscles de la paroi thoracique, dyspnée intense. Ces symptômes se renouvellent le lendemain, s'accompagnant aussi d'emprosthotonos; on crut la mort prochaine.

Par bonheur, la poitrine se dégage; la paroi abdominale d'abord, puis les cuisses sont envahies par la contracture.

Enfin, après plus de trente jours de lutte pendant lesquels le chloral et la morphine furent administrés libéralement et sans relâche, la thérapeutique resta victorieuse; le 25 décembre, M. X... pouvait être considéré comme guéri. »

Ainsi, dit M. Verneuil, M. Buisson avoue de bonne grâce, et comme enseignement capital à tirer de ce fait, qu'il ne faut pas se hâter de nier l'existence d'une lésion servant de porte d'entrée parce qu'on ne la trouve pas d'emblée. En effet, sans les crachats sanglants expectorés *en sa présence*, il se serait cru en droit d'affirmer qu'il n'y avait aucune plaie; car, ni le malade ni les assistants n'auraient songé, sans doute, à signaler ce détail, pas plus que la coloration en rouge des injections boriquées ressortant de la bouche. C'est pourquoi, bien que l'examen direct de la gorge (quand il a été possible, c'est-à-dire avant et après le resserrement des mâchoires) n'ait pas permis de voir la solution de continuité, celle-ci a certainement existé dans la profondeur du pharynx.

J'ajouterai seulement deux courtes remarques :

1° Sans le soin minutieux avec lequel M. Buisson a examiné son malade et l'induction judicieuse qu'il a tirée d'un phénomène passager, l'observation précédente, au lieu de servir la bonne cause, aurait contribué à entretenir la vieille erreur;

2° L'entrée du tétanos par la voie gutturale et avec lésion pathologique préalable ne paraît pas être bien rare, car je l'ai signalée déjà deux fois dans la série des 36 cas de tétanos soi-disant spontané, que j'ai récemment publiée. La proportion de 3 sur 27 est digne d'attention.

Nouvelles recherches sur le poison contenu dans l'air expiré, par MM. Brown-Séquard et A. d'Arsonval. — Nous avons montré qu'en condensant les vapeurs aqueuses qui sortent des poumons de l'homme et des mammifères en parfaite santé, nous obtenions un liquide toxique extrêmement puissant, capable de produire un empoisonnement, en général, promptement mortel.

Nous avons fait de nouvelles expériences qui montrent que le poison que nous avions découvert est un alcaloïde organique et non pas, comme on aurait pu le supposer, un microbe ou plutôt une série de microbes.

©BIU Santé

Nous injectons le liquide provenant de la condensation des exhalaisons pulmonaires sous la peau d'un lapin et nous constatons la production des mêmes phénomènes toxiques, que nous avons trouvés après l'injection de 4 à 30 grammes de ce liquide dans une artère ou dans une veine.

Nous constatons aussi que la mort a lieu tout aussi rapidement quand le poison pulmonaire est injecté sous la peau que lorsqu'il est directement introduit dans les vaisseaux sanguins. Les phénomènes qui précèdent la mort dans les cas d'injection sous-cutanée du poison pulmonaire concourent, avec les particularités qu'on observe en faisant l'autopsie, à établir que l'animal est soumis dans les dernières heures de sa vie à ce que l'un de nous a étudié sous le nom d'arrêt des échanges entre les tissus et le sang.

L'animal meurt sans convulsion, et l'on trouve, en examinant les cavités thoracique et abdominale, que le cœur et les gros vaisseaux, surtout la veine-cave, contiennent beaucoup de sang rougeâtre au lieu de ne présenter (comme dans la mort ordinaire) qu'une médiocre quantité de sang noirâtre dans le côté veineux du cœur, en même temps que le ventricule gauche et les artères ne contiennent que des traces de sang et de couleur noire.

Les autres constatations faites à l'autopsie montrent que le poison pulmonaire est un irritant des plus violents de la base de l'encéphale.

Enfin, nous avons cherché ce que deviendrait la puissance toxique du liquide pulmonaire si nous le faisions bouillir en vase clos. Nous avons trouvé qu'après avoir subi l'influence de la température portée à 100 degrés centigrades, ce liquide, loin d'avoir perdu de sa puissance toxique, semble, au contraire, être plus capable qu'auparavant de produire des effets délétères.

L'influence pernicieuse du liquide de condensation des vapeurs pulmonaires n'est donc pas due à des microbes, mais elle appartient à une substance organique sécrétée par les poumons.

Nous avons fait, en outre, des recherches qui montrent que cette substance organique est un alcaloïde volatil, comparable, à plusieurs égards, aux substances si bien étudiées par M. Armand Gautier sous les noms de leucomaïnes et de ptomaïnes.

En résumé, nos principales conclusions sont que :

1° Dans l'air confiné se trouve un principe volatil, meurtrier, provenant des poumons, et bien plus dangereux que l'acide carbonique qui s'y rencontre aussi ;

2° L'haleine humaine, de même que celle des animaux, contient ainsi un poison des plus puissants.

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

M. Lacarrière : Contribution à l'étude de la géographie médicale (souvenirs médicaux du poste de Hayes (Haut-Sénégal), 1885-1886). — M. Bossuet : Recherches sur quelques points intéressant la topographie médicale de Rochefort-sur-Mer. — M. Lacaire : De la syndactylie et de son traitement (ligature élastique). — M. Rey : Contribution à l'étude de quelques troubles intestinaux dans les affections utérines. — M. Cardes : Contribution à la chirurgie des plaies pénétrantes du crâne par armes de petit calibre. — M. Capuron : Etude sur la blessure des vaisseaux mammaires internes. — M. Boudry : Etude d'hygiène et de médecine légale sur le tatouage professionnel et les accidents oculaires d'origine professionnelle chez les ouvriers meuliers. — M. Mendès-Bonito : De la pharyngomycose. — M. Durand : Le Fort de Bafoulabé (Haut-Sénégal), 1884-1886. — M. Roby : Etude sur le traitement de la pneumonie par le tartre stibié. — M. de Laulanié : Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde et en particulier de sa transmission par les eaux. — M. Branellec : Contribution à l'étude de la filaire de Médine. — M. Pinard : Quelques considérations sur l'hygiène des navires employés comme transports pour la Nouvelle-Calédonie. — M. Houdart : Contribution à l'étude de la terpine en thérapeutique. — M. Larauza : Sur un cas de hernie inguinale oblique interne chez un nouveau-né. —

BIU Santé

M. Baisnée : Contribution à l'hygiène nautique du choléra à bord des navires de la marine française. — M. Comte-Lagauterie : Etude sur une épidémie de dengue en Nouvelle-Calédonie (1884-1885).

FORMULAIRE

PATE CONTRE L'ECZÉMA. — Lassus.

Acide salicylique pulv.....	1 à 2 grammes.
Oxyde de zinc pulv.....	ää 12 gr. 50 centigr.
Amidon pulv.....	
Vaseline pure.....	25 grammes.

Mêlez avec soin, et faites une pâte que l'on étend sur la peau, pour combattre l'eczéma généralisé, à la fois papuleux et squameux, ainsi que l'intertrigo des enfants. On couvre la région de coton, après la friction. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NÉCROLOGIE. — Le docteur Arthur Farre, professeur d'accouchement et de gynécologie au King's collège, vient de mourir.

— Est mort également le docteur Sonnenkalb, professeur de médecine légale à Leipzig.

NOMINATION. — Le professeur Albert, premier chirurgien à la Clinique de Vienne, vient de recevoir le titre de Hofrath (conseiller impérial).

— Le docteur Jarisch, privat-docent à l'Université de Vienne, vient d'être nommé professeur de maladies cutanées et syphilitiques à l'Université d'Innsbruck.

— Le docteu Dubelir est nommé privat docent (balnéologie) à l'Université de Moscou.

— Le professeur Naunyn (de Königsberg) est appelé à la direction de la clinique médicale de Strasbourg en remplacement du professeur Kussmaul qui prend sa retraite.

RAPPORT SUR L'EXPOSITION D'HYGIÈNE DE VARSOVIE; STATISTIQUE DES INOCULATIONS ANTIRABIQUES EN POLOGNE. — Le docteur Monin, rédacteur scientifique du *Gil Blas*, vient d'être nommé membre correspondant de la Société médicale de Varsovie. On se souvient que notre confrère avait été délégué dans cette ville par le ministre de l'instruction publique, à l'effet de faire un rapport sur l'exposition d'hygiène qui s'y est tenue l'été dernier et dont l'*Union* a rendu compte. Ce rapport vient d'être publié sous le titre l'*Hygiène dans la Pologne russe*. Il est dédié à tous nos confrères polonais d'origine et exerçant la médecine à Paris.

Nous n'avons point l'intention de donner un résumé de cet intéressant travail si riche de faits et de documents. Nous en extrairons au moins les renseignements consignés au au chapitre VIII sur les résultats pratiques de la méthode de vaccination préventive de la rage de Pasteur. Ces chiffres méritent d'autant plus d'attirer l'attention qu'ils n'ont pas encore été livrés à la publicité :

« La statistique des sujets mordus traités à Varsovie par le docteur Bujwid est la suivante : Jusqu'au 1er juillet 1887, 220 individus ont été inoculés; 85 fois 0/0, la rage des animaux qui les avaient mordus a été scientifiquement constatée par l'inoculation du lapin ou par une autopsie *concluante* du médecin et du vétérinaire. Dans les 15 cas 0/0 qui restent, la rage de l'animal a été plus ou moins suspecte. 35 personnes mordues n'ont pas été l'objet d'inoculations, parce que leurs blessures étaient insignifiantes, et que l'animal était reconnu peu suspect.

Conclusion générale : Parmi les inoculés, 2 seulement ont succombé, ce qui fait une mortalité de 1,06 p. 0/0 : proportion sensiblement analogue à celle de l'Institut Pasteur. »

Ch. S.

©BIU Santé

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 11 janvier 1888, la chaire de pathologie comparée et expérimentale de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— M. le docteur Sockeel est nommé chirurgien du lycée de Douai, en remplacement de M. Watelle, démissionnaire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur de Bézin (de Toulouse), et celle de M. le docteur Maurice Valentin, décédé à l'âge de 33 ans, à Charmes (Vosges).

Ecole d'anthropologie de Paris. — A la suite du décès de M. le docteur Dally, professeur, des modifications importantes ont été introduites dans l'Ecole d'anthropologie. Deux chaires nouvelles ont été créées. MM. Manouvrier et G. Hervé, professeurs-adjoints, ont été nommés titulaires.

L'Ecole se trouve maintenant constituée de la manière suivante : Embryologie et anthropogénie, M. le professeur Mathias Duval. — Anthropologie générale, M. Topinard. Anthropologie préhistorique, M. G. de Mortillet. — Ethnographie et linguistique, M. A. Hovelacque. — Géographie médicale, M. Bordier. — Histoire des civilisations, M. Letourneau. — Anthropologie physiologique, M. Manouvrier. — Anthropologie zoologique, M. G. Hervé.

Statistique vitale de quelques villes pendant le mois de novembre 1887.

Bordeaux (population : 240,582 habitants) : Décès, 428 ; naissances, 486 ; mort-nés, 43 ; mariages, 165 ; divorces, 6.

Rouen (population : 107,163 habitants) : Décès, 267 ; naissances, 202 ; mort-nés, 13 ; mariages, 61 ; divorces, 4.

Le Havre (population : 112,074 habitants) : Décès, 282 ; naissances, 320 ; mort-nés, 14 ; mariages, 77 ; divorces, 2.

Lille (population : 188,272 habitants) : Décès, 428 ; naissances, 459 ; mort-nés, 28 ; mariages, 95 ; divorces, 1.

Société de médecine pratique de Paris (fondée en 1804). — Composition du bureau pour l'année 1888 : Président, docteur Dujardin-Beaumetz ; 1er vice-président, docteur Laburthe ; 2e vice-président, docteur Polaillon ; secrétaire général, docteur Gillet de Grandmont ; secrétaire général adjoint, M. Champigny ; secrétaires annuels, docteurs Crouigneau, Gaudin, M. Gautrelet, docteur Guelpa, M. Lecerf, docteurs Petit (Léon), Tisné, Tolédano ; trésorier, M. Jolly ; archiviste bibliothécaire, docteur Duboys de Lavigerie. — Conseil de famille, le bureau et les présidents de sections. — Comité de publication, le bureau et les secrétaires de sections.

La Société se réunit tous les jeudis, à quatre heures précises, au Palais des Sociétés savantes, rue des Poitevins.

Société médico-pratique. — Séance du 23 janvier. — *Ordre du jour :* 1. Rapports de MM. Philbert et Schwartz sur les candidatures de MM. Guerder et Redard. — 2. M. Cousin : Phthisie au premier degré, troubles cardiaques, hémoptysies répétées chez une jeune fille de 21 ans, difficultés de diagnostic. (Travail de candidature.)— 3. M. Poulet : Sur une nouvelle variété d'asthme, l'asthme épileptique. — 4. M. Schwartz : De l'énucléation des kystes du corps thyroïde.

QUINIUM-ROY *granulé*, extrait normal de quinquina soluble.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Sommaire

I. L.-G. Richelot : De l'amputation sus-vaginale irrégulière. — II. Carrieu : Epilepsie. — Asymétrie de la tête et de la face. — Guérison. — III. De quelques nouvelles médications. — IV. Courrier.

De l'amputation sus-vaginale irrégulière,

Par L.-G. Richelot.

Messieurs,

Le cancer de l'utérus se présente à nous sous deux aspects bien différents : il y a des *cancers limités* à la matrice et des *cancers propagés* aux parties voisines. Vous savez ce que je pense des premiers : il faut les enlever par l'hystérectomie vaginale, aussi près que possible de leur début. En faisant l'ablation totale de l'organe malade, on recule partout les limites du foyer opératoire, et on a les meilleures chances de circonscrire le mal et de le déraciner. C'est ainsi qu'on procède pour tous les cancers, et il ne faut pas que la peur d'une opération aujourd'hui mieux connue nous fasse procéder autrement pour le cancer utérin.

Beaucoup de chirurgiens, cependant, considèrent encore aujourd'hui comme une imprudence d'enlever l'utérus tout entier pour un épithéliome encore jeune, inséré à la pointe du col. Qu'on doive opérer sur-le-champ, et s'estimer heureux d'avoir surpris la tumeur près de son début, la question n'est pas douteuse. Qu'on doive opérer largement, faire l'amputation loin du mal, tout le monde en convient. Mais ce qu'on nous accorde moins volontiers, c'est que, pouvant trancher dans les parties saines par la résection de la moitié inférieure du col, nous ayons l'audace de dépasser les culs-de-sac et d'ouvrir le péritoine; si bien que l'*amputation sous-vaginale* est encore souvent pratiquée.

Je n'ignore pas qu'elle donne de temps à autre un succès prolongé, qu'on a hâte de citer comme s'il compensait les revers habituels. Mais voyez comme on a peu de chances de réussir : le tissu qu'on a tranché paraît sain, mais au microscope on trouve des boyaux de cellules qui s'insinuent entre les faisceaux musculaires, et les histologistes ne comptent plus les pièces qu'on soumet à leur examen et sur lesquelles se voit la preuve d'une ablation incomplète. Ne vous laissez pas influencer par le récit de quelques faits, d'ailleurs fort intéressants, que presque tous les chirurgiens peuvent citer, et soyez bien persuadés qu'après l'amputation sous-vaginale, la règle presque absolue, c'est la récidive au bout de quelques mois. Je me demande, en vérité, quel but on se propose en coupant la pointe du col avec ces instruments aveugles, écraseur ou anse galvanique, qui ne peuvent s'éloigner du péritoine qu'en s'approchant du cancer, et qui laissent à plaisir un moignon tout prêt pour la récidive. Une malade que j'ai vue avait subi l'opération par l'anse galvanique en mars 1886, et la nouvelle tumeur était constatée dans les premiers jours de mai. La même récidive serait-elle apparue au même lieu, à la même heure, si on avait enlevé l'utérus? Le seul fait qu'elle a eu pour siège le moignon ne prouve-t-il pas que l'amputation limitée est une faute? Et si vous me dites qu'après une ablation totale, le cancer devait repousser un jour ou l'autre aux confins de la région, qu'en savez-vous, puisque la tumeur était jeune et loin des annexes? Qu'en

©BIU Santé

savez-vous, puisque vous refusez de mettre à l'épreuve l'opération radicale justement dans les conditions où elle a le plus de chances de réussir? Nous qui avons fait des ablations totales, nous affirmons le fait suivant : celles de nos opérées qui restent guéries depuis deux ans et plus, sont celles à qui nous avons enlevé l'utérus pour un cancer très limité.

J'ai plus d'indulgence pour l'*amputation sus-vaginale*, celle qui dépasse les culs-de-sac et ne craint pas de pénétrer dans le tissu cellulaire pelvien. La chirurgie classique ne monte pas si haut; elle se borne, comme je l'ai dit, à couper la pointe du col, et, si par hasard elle tombe en plein tissu morbide, elle cautérise les parties supérieures, attend la repullulation, et pense avoir fait une bonne opération palliative, qui atténue provisoirement les douleurs, les hémorrhagies, les écoulements fétides. Or, les opérations palliatives sont bonnes, mais dans d'autres conditions. Nous n'avons pas le droit de faire une sous-vaginale en plein tissu morbide. Non, la chirurgie n'est plus enfermée dans ces étroites limites, elle n'est pas si tôt réduite aux résections incomplètes suivies de retouches, de pansements et de bonnes paroles. L'amputation sus-vaginale pouvait sembler téméraire aux chirurgiens qui portaient dans leurs doigts l'infection purulente et le phlegmon diffus; mais, aujourd'hui, le tissu cellulaire pelvien n'est plus un *noli me tangere;* on peut enlever, sans ouvrir le péritoine et à peu près sans péril, l'ensemble du col et même une partie du corps.

Voici le meilleur procédé, si j'en crois mes observations. Les premiers temps sont copiés sur l'hystérectomie vaginale : incision autour du col; soulèvement de la vessie; dégagement latéral et dissection des bords de l'incision en pinçant les branches de l'utérine; décollement du cul-de-sac de Douglas, qui parfois se laisse repousser indéfiniment quand on voudrait l'ouvrir, mais qui se déchire à l'improviste alors qu'on veut le ménager. L'accident, d'ailleurs, n'a pas une grande importance; avant de continuer, on répare la brèche par quelques points de suture. Quand le segment inférieur est bien dégagé, l'amputation est faite avec le bistouri ou les ciseaux; chaque point qui saigne est pris dans une pince, et tout est fini. Lavage et tampons d'iodoforme comme à l'ordinaire; ablation des pinces au bout de vingt-quatre heures; le suites sont des plus bénignes et la cicatrisation marche vite.

Mais pourquoi vous décrire l'amputation sus-vaginale! Est-ce pour lui donner une place à côté de l'ablation totale? Non; tout en reconnaissant que, dans la pratique, il est avec les doctrines mûrement réfléchies des accommodements, et que cette amputation restreinte permet d'obtenir quelquefois des guérisons définitives, alors que la sous-vaginale est illusoire et absolument contre-indiquée; néanmoins, je ne puis admetre que, de propos délibéré, on fasse une résection timide quand l'épithéliome est limité, quand la guérison définitive est possible. Mais les indications de l'hystérectomie totale deviennent douteuses quand les tissus péri-utérins font mine d'être envahis, et disparaissent quand la propagation est certaine; alors les opérations incomplètes, palliatives, entrent en scène, et la sus-vaginale reprend ses droits.

Il y a longtemps que les opérations palliatives sont reconnues légitimes, car elles peuvent supprimer pour un temps les écoulements fétides et les pertes épuisantes; elles ramènent une apparence de force et de santé, souvent la récidive est moins douloureuse, et la malade se fait illusion jusqu'au bout. Le point délicat, c'est de déterminer dans la pratique où finit

©BIU Santé

le domaine de l'intervention radicale, où commence celui des opérations palliatives.

On trouve, par exemple, un champignon volumineux qui obstrue le vagin; l'index le contourne avec peine, mais il atteint le cul-de-sac antérieur; caché par le fongus, le postérieur se dérobe; un des latéraux est encore libre, mais à l'opposé la tumeur envoie une traînée épaisse qui efface le cul-de-sac et semble attacher l'utérus à l'enceinte pelvienne : à à coup sûr, le ligament large est pris de ce côté.

D'autres fois, le col est détruit partiellement, ses lèvres érodées font une saillie presque nulle, les culs-de-sac non envahis sont cependant effacés, la cavité cervicale est anfractueuse et béante, quelquefois très élargie et donnant passage à une masse fongueuse. C'est à peine si le doigt peut imprimer au col de faibles mouvements de latéralité ; l'organe semble fixé dans le petit bassin. Tout cela veut dire que la paroi du col est infiltrée dans toute son épaisseur, qu'elle est friable et cédera sous les tractions, que le tissu morbide la dépasse et envahit les organes voisins. Si on tente l'opération, les pinces déchirent le tissu et ne peuvent rien saisir; la muqueuse vaginale incisée, on trouve la vessie adhérente et le doigt la perfore si on n'y prend garde; on ne peut aller jusqu'au bout qu'en laissant du tissu morbide.

Il y a des faits moins accusés devant lesquels on hésite forcément. Atténuez les signes précédents, supposez un peu plus de sailtie et de mobilité : le col est fragile, mais on peut le saisir et le dégager doucement; ce premier pas franchi, l'opération radicale est achevée sans encombre, et on constate sur la pièce une couche mince de la paroi cervicale encore saine qui sépare le cancer des tissus voisins.

Dans les cas douteux, voici la conduite à tenir : préparez tout pour l'hystérectomie et exécutez les premiers temps avec prudence. Si l'envahissement n'existe pas ou commence à peine, vous irez jusqu'au bout et vous ferez une bonne opération, sauf que la récidive est à craindre. S'il est trop avancé, si vous voyez surgir de grosses difficultés, prenez garde à l'uretère et à la vessie, arrêtez-vous en chemin, et bornez-vous à la sus-vaginale. Seulement, le manuel opératoire n'est plus absolument celui que je vous ai décrit tout à l'heure : il faut opérer en plein tissu morbide, poursuivre et fragmenter la tumeur, souvent laisser une nappe cancéreuse adhérente à la vessie ou au rectum, avec la curette enlever les parties friables et gratter le fond de l'utérus; c'est une *amputation sus-vaginale irrégulière*.

J'ai fait bien des fois cette opération palliative, et je n'ai pas eu à m'en repentir; je crois qu'elle mérite de rester comme une ressource pour les cas désespérés où l'ablation totale est impossible, mais où nous pouvons mieux faire qu'un simple grattage. Cependant, je ne voudrais pas laisser croire qu'elle atteigne toujours son but et doive nous inspirer une entière confiance. Pour vous donner quelque idée de sa valeur, je choisirai, parmi mes observations, trois faits bien distincts au point de vue des résultats obtenus.

I. — Je suis appelé, en septembre 1886, par mon ami le docteur Thevenot, auprès de Mme B..., femme de 35 ans, qui souffre depuis quinze mois. Plusieurs médecins ou chirurgiens l'ont vue et cautérisée au fer rouge. Elle ne peut faire un pas sans provoquer une perte abondante, et vit dans son lit depuis un an. Elle n'a d'ailleurs ni amaigrissement notable, ni cachexie;

©BIU Santé

l'urine a montré à deux reprises des traces d'albumine; il n'y a pas d'hydrorrhée fétide. L'état général serait bon, si la malade, qui est d'ailleurs très nerveuse, pleurant et gémissant pour la moindre cause, n'avait en réalité des douleurs très intenses et revenant tous les jours, douleurs pelviennes, en ceinture, irradiées au membre inférieur. Elle est habituée aux piqûres de morphine; 7 à 8 centigr. par jour lui donnent quelques moments de repos.

Au toucher, je trouve un cancer ayant certainement débuté par le canal cervical, et je déplore qu'on n'ait pas fait l'hystérectomie pendant la longue période où le néoplasme gagnait en profondeur sans toucher aux parties voisines. Aujourd'hui, le museau de tanche est volumineux, mais il a encore sa forme; le cul-de-sac antérieur et le droit sont libres, le postérieur est seulement affleuré, le gauche est pris par une ulcération bourgeonnante qui vient de la partie attenante du col, et sous laquelle on sent une induration profonde; l'envahissement du ligament large me paraît certain.

La malade a été formellement condamnée par plusieurs de mes collègues. Mais, comme elle souffre à l'excès et demande avec instance une opération, je me décide à tenter une hystérectomie qui peut retarder l'évolution du mal et surtout calmer les douleurs.

L'opération est faite le 15 septembre, avec l'assistance de M. Thevenot et de MM. Oustaniol et Aubert, internes des hôpitaux. L'abaissement de l'utérus est presque nul, ce qui rend les premiers temps difficiles. Pendant le décollement de la vessie, la pince à traction arrache la lèvre antérieure; placée au-dessus, elle arrache encore le tissu friable. Je passe au cul-de-sac postérieur, et, ne sachant pas encore si je pourrai terminer l'opération, je décolle le péritoine sans chercher à l'ouvrir; cinq ou six pinces hémostatiques arrêtent le sang sur la plaie vaginale et dans le tissu cellulaire. La lèvre postérieure se déchire à son tour; au-dessus d'elle, tout cède à la moindre traction. Bientôt il ne reste plus qu'un lambeau de col sur la droite; je m'en débarrasse d'un coup de ciseaux, et j'explore le fond de l'utérus, que je trouve partout ramolli et friable. En même temps, je constate la souplesse du tissu cellulaire pré-rectal, l'intégrité apparente du ligament large droit, l'induration et l'envahissement total du gauche. Me souvenant des périls qu'on peut rencontrer, et surtout n'ayant plus sur les tissus dégénérés aucune prise qui me permette d'abaisser le fond de l'organe et d'achever l'opération sans brutalité ni manœuvres aveugles, je prends le parti d'enlever par le grattage tous les bourgeons cancéreux qui tapissent le foyer, et d'excaver prudemment la calotte utérine en respectant le péritoine. Je fais, en somme, avec les ciseaux et la curette, une amputation sus-vaginale irrégulière; je nettoie au mieux le champ opératoire, je place quelques pinces longues, et, à la fin, contre un écoulement en nappe, j'introduis au fond de l'utérus une éponge montée; tout est laissé à demeure, et le vagin rempli avec des tampons au sous-nitrate de bismuth, parce que l'iodoforme, déjà employé dans les pansements antérieurs, a toujours provoqué des phénomènes d'intolérance.

Le lendemain matin, j'enlève les pinces, l'éponge et les tampons. Cinq injections de sublimé par jour, et deux tampons au bismuth pour tout pansement. Suintement léger, liquide des injections presque clair. La température atteint 38°5 le soir du second jour et revient à la normale.

Après une absence de deux semaines, je trouve le fond du vagin presque cicatrisé; le doigt sent à peine quelques indurations, et jamais on ne pour

©BIU Santé

rait supposer qu'il y avait là un vaste foyer cancéreux. Toute hémorrhagie est supprimée, la malade peut se lever et s'asseoir. Malheureusement, les douleurs pelviennes continuent, aussi violentes que par le passé; l'intervention, sous ce rapport, n'a donné aucun résultat. — La malade succombe deux mois plus tard.

II. — Mme L... est venue à Paris, en décembre 1886, consulter un de nos maîtres les plus distingués; mais celui-ci a nettement refusé l'opération. Comme elle se sait gravement atteinte et que ce refus lui donne de vives inquiétudes, elle ne veut pas retourner dans son pays sans avoir pris d'autres conseils; c'est alors que M. le docteur Blachez, consulté à son tour, me l'adresse.

C'est une femme de 44 ans, qui se dit malade depuis quatre mois; elle a constamment, depuis cette époque, des pertes irrégulières et peu abondantes, des douleurs de reins assez vives, un appétit médiocre, mais aucune hydrorrhée fétide et peu d'affaiblissement. Elle est tourmentée, nerveuse, et se fait tous les jours des piqûres de morphine.

Au toucher, le col est transformé en un large anneau dur, peu saillant, au centre duquel proémine un gros bourgeon; les culs-de-sac du vagin sont souples autour de lui, mais le postérieur est à peu près effacé; l'utérus est très peu mobile. En somme, la cavité cervicale est ulcérée et bourgeonnante, le col paraît infiltré dans toute son épaisseur, il peut être friable, et l'utérus ne descendra pas volontiers. Dans ces conditions, la possibilité d'une ablation totale est fort douteuse; mais je ne puis admettre qu'on refuse à une femme encore bien portante, non infectée, qui se verra condamnée à mort si on refuse de lui porter secours, le bénéfice d'une opération palliative. Je me décide à intervenir, et je fais tout disposer pour une hystérectomie vaginale.

Opération le 22 décembre 1886, avec l'aide de MM. Baudoin et Regnauld, internes des hôpitaux, et de M. le docteur Blachez, qui donne le chloroforme. Les premiers temps sont très difficiles, car l'abaissement de l'utérus est à peu près nul, et la lèvre antérieure est friable; je fais cependant ma première incision, et lentement, péniblement, je décolle la vessie dans une certaine étendue. La lèvre antérieure étant arrachée par la pince à tractions, je maintiens les restes du col avec deux pinces latérales et j'essaie de poursuivre le décollement, mais je n'y parviens pas sur la ligne médiane; il y a là une adhérence qui m'arrête, et je me rends bien compte, en introduisant une sonde dans la vessie, qu'il serait impossible d'aller plus loin sans déchirer sa paroi. Dès ce moment, je renonce à l'ablation totale.

Avec une pince-curette, j'enlève le gros bourgeon médian; avec les ciseaux courbes, je résèque les parties latérales du col, et j'enlève en plusieurs fragments la majeure partie du segment inférieur. Avec la curette ordinaire, je gratte en avant le tissu adhérent à la vessie, j'entraîne tous les bourgeons friables, et je laisse en arrière une languette du col adhérente au cul-de-sac de Douglas, après l'avoir bien grattée. Trois pinces à demeure sur de petits vaisseaux, et tampons d'iodoforme; l'opération a duré une heure un quart.

Les suites furent très simples; une seule fois, la température atteignit 38°2; pas de vomissements, pas de douleurs; ablation des pinces le 23; retour des règles le 25.

Mais bientôt la scène changea; la malade devint très maussade, et accusa des douleurs variées, dans les reins, dans le ventre, un peu partout.

©BIU Santé

Je m'aperçus alors qu'elle faisait un usage abusif des piqûres de morphine, abus qu'elle m'avait soigneusement caché avant l'opération; elle était à 25 centigrammes par jour. Alors s'engagea une véritable lutte, dont je renonce à décrire les phases, entre la malade qui souffrait, se lamentait, demandait sa morphine à cor et à cris, se livrait à des scènes de désespoir ou de fureur d'une violence inouïe, et le chirurgien qui voulait absolument l'arrêter dans cette voie et que secondait une garde intelligente. Au bout de quelques semaines, j'avais gagné du terrain, mais je faillis me décourager en voyant la repullulation du cancer envahir rapidement la cloison vésico-vaginale et remplir presque tout le vagin. En même temps, il y avait des signes graves de néphrite : douleur fixe dans la région lombaire, grande diminution dans la quantité de l'urine (3 à 400 grammes), albumine, cylindres, quelques grammes d'urée. Puis vinrent des douleurs à la miction et des urines sanguinolentes; mais la cocaïne en instillations triompha de ce nouveau symptôme. Bref, la malade allait de mal en pis, se levant quelques heures, mangeant à peine, ne pouvant supporter le régime lacté; c'est alors qu'après de nouvelles instances et de nouveaux désespoirs, elle prit enfin la résolution de renoncer à la morphine, et tomba rapidement de 20 à 10, 8 et même 3 centigrammes, qui furent la dose permise. Elle avait toujours des douleurs, très violentes au retour des règles, et des moments de dépression; mais bientôt l'alimentation devint meilleure, et l'urine remonta jusqu'à 1,000 grammes en même temps que l'albumine diminuait un peu.

Nous arrivons ainsi aux premiers jours d'avril. La malade était pâle, jaunâtre, souffrait irrégulièrement sans qu'on pût savoir quelle part revenait, dans ses douleurs, à la néphrite, au morphinisme ou au cancer qui envahissait totalement les parois vaginales. Elle retourna dans son pays, et je m'attendais tous les jours à la nouvelle de sa mort.

Quel ne fut pas mon étonnement quand j'appris, un mois plus tard, qu'elle allait mieux, se sentait plus forte et avait très peu de douleurs! Un échantillon de l'urine, envoyé à Paris, contenait encore peu d'urée, mais n'avait plus trace d'albumine. Depuis ce moment, l'amélioration continua régulièrement; en juillet, elle avait repris de l'embonpoint, l'appétit était bon, l'urine normale, les douleurs de reins complètement disparues; elle avait seulement quelques pertes irrégulières et non douloureuses; elle n'usait plus de la morphine qu'à la dose d'un centigramme et se considérait comme entièrement guérie. J'ai reçu tout dernièrement ses compliments de nouvelle année.

III. — Mme T..., 54 ans, m'est envoyée de la Havane par M. le docteur L. Montané, en octobre 1887. Elle a depuis un an des règles plus abondantes, et des flueurs blanches depuis le mois de février. En juin s'est déclaré un écoulement fétide; absence de douleurs, perte de l'appétit, léger degré d'amaigrissement. Le 10 juillet, ablation par l'écraseur d'un gros épithélioma végétant du col; un mois après, retour de l'écoulement; le 10 octobre, la tumeur s'était reproduite plus volumineuse que la première fois.

A son arrivée à Paris, la malade est affaiblie, inquiète, mais n'a pas le teint cachectique; l'écoulement fétide est d'une abondance extrême, et je trouve le vagin rempli par un énorme fongus, dont la base fait suite à un col entièrement effacé. L'utérus est immobile, et plusieurs gros noyaux cancéreux occupent la paroi postérieure du vagin sur la ligne médiane. En présence d'une telle situation, je ne puis songer à l'hystérectomie vaginale;

©BIU Santé

mais il est indiqué d'enlever le fongus, de gratter soigneusement toutes les parties accessibles et d'enlever les noyaux cancéreux de la paroi. C'est une opération palliative qui peut supprimer l'écoulement fétide et produire un temps d'arrêt dans l'évolution du mal. M. Verneuil, dont l'avis est demandé, conseille l'opération.

Celle-ci est pratiquée dans les premiers jours de novembre, avec l'aide de MM. les docteurs L.-H. Petit et de Madec. L'ablation du fongus est faite rapidement avec les ciseaux et la curette ; puis, saisissant les restes du col, j'attire un peu l'utérus, et je trouve le moyen d'enlever à petits coups, par fragments, tout le segment inférieur, sans blesser la vessie ni ouvrir le cul-de-sac de Douglas. Je place à droite et à gauche quelques pinces sur des branches de l'utérine, et je termine par l'ablation d'une bande longitudinale de la paroi postérieure, qui emporte les noyaux cancéreux ; si bien qu'il ne reste, en apparence, aucune masse de tissu morbide, et que je me trouve avoir fait, sans l'avoir prévu, une amputation sous-vaginale très complète.

Tout va bien le premier jour ; mais déjà, quand je reviens après trente-six heures pour enlever les pinces, le facies n'est plus le même. Le ventre est souple, il n'y a ni fièvre ni douleur, mais une anxiété de mauvais augure. Le troisième jour, la dépression est marquée, le pouls filiforme, la langue sèche ; l'haleine exhale une mauvaise odeur, et je trouve au-dessus des arcades crurales des masses ganglionnaires occupant les deux fosses iliaques. Ces ganglions, qui ne se montraient pas les jours précédents, grossissent encore en même temps que la faiblesse augmente, et la mort arrive le soir du quatrième jour.

Vous voyez que cette malade est morte sans fièvre ni péritonite, après une opération très correcte; elle est morte à la suite d'une poussée cancéreuse, comme il en arrive chez les malades qu'on opère trop tard, pour une tumeur du sein par exemple, avec des métastases ganglionnaires ou viscérales inaperçues. A vrai dire, je n'ai jamais vu de poussées semblables dans le cancer utérin, même après des opérations tardives. Cette malade est la seule que j'aie perdue à la suite de l'amputation sus-vaginale ; toutes les autres ont guéri très simplement, sans aucune réaction.

Si donc je mets à part ce cas unique, l'amputation sus-vaginale est très bénigne. Et maintenant, quels résultats donne-t-elle et quelle est sa valeur ?

J'ai rapproché à dessein deux cas extrêmes : jamais je n'ai eu de résultat plus médiocre que chez Mme B... ; elle a pu se lever quelques heures par jour, mais les douleurs ont repris de plus belle et ne l'ont pas quittée jusqu'à la mort, qui est survenue rapidement. Chez Mme L..., au contraire, malgré les premières difficultés, malgré la repullulation et l'envahissement, la santé s'est rétablie, la vie se prolonge, l'illusion est complète. Les cas intermédiaires sont les plus nombreux : bientôt guérie de l'opération, la malade reprend sa vie ordinaire ; l'écoulement fétide et les pertes ont disparu ou sont atténués seulement ; la douleur est variable et ne cesse pas toujours ; rien ne prouve que l'opération ait retardé la mort. Mais ce qui ne manque jamais, c'est l'espoir rendu, la confiance dans la guérison malgré le retour des douleurs, et l'illusion tenace jusqu'aux derniers accidents. En résumé, quelques cas heureux de relèvement complet, de survie dans d'ex-

©BIU Santé

cellentes conditions, et beaucoup de cas où le bénéfice moral est incontestable, tels sont les titres qui font de l'amputation sus-vaginale irrégulière une bonne opération palliative contre les cancers propagés.

EPILEPSIE

Asymétrie de la tête et de la face. — Guérison

Par le docteur Carrieu, professeur agrégé.

Chaque fois qu'on lit le nom de la terrible névrose, suivi du mot de guérison, on ne peut se défendre d'un certain sentiment de scepticisme.

Nous n'avons pas craint cependant de placer un tel titre en tête de notre travail, ne serait-ce que pour appeler l'attention des lecteurs sur une observation intéressante en elle-même, mais surtout à cause des résultats que nous avons obtenus par le traitement qui a été mis en usage.

Le malade, qui en est l'objet, est observé par nous depuis près de cinq ans; il a été admis à plusieurs reprises, et pendant de longs mois, à la Clinique médicale, où les chefs de service l'ont soumis à des traitements différents avec des succès variés.

Plusieurs générations de stagiaires ont vu et suivi avec intérêt les phénomènes bruyants de ce mal tragique; aussi nous a-t-il paru opportun, après dix-huit mois d'accalmie complète, de mettre en parallèle l'état actuel avec les symptômes précédemment observés.

Nous n'avons pas la prétention de soutenir que notre malade est radicalement guéri au point qu'il n'y a plus à craindre ni rechutes ni récidives; le résultat que nous avons obtenu est assez satisfaisant en lui-même pour ne pas avoir besoin de le dénaturer en l'exagérant. Si, comme le prétendent certains auteurs, la maladie épileptique persiste toujours malgré l'absence d'attaques, nous pouvons dire que, vu le temps depuis lequel toute manifestation morbide extérieure a été supprimée, cela équivaut à une guérison. Telle est, du moins, l'opinion de la famille du malade, et, quant à nous, nous ne demandons que la continuation d'une pareille situation. On verra du reste, en lisant l'observation, les différences qui séparent l'état actuel des phénomènes observés pendant le cours de la maladie.

Le jeune Ar... était âgé de 11 ans quand il est entré pour la première fois à la Clinique, le 23 octobre 1877. Son père et sa mère sont bien portants; pas d'hérédité nerveuse ni mentale, pas de consanguinité. Une sœur aînée a eu des convulsions au moment de la dentition, mais il n'en reste aucune trace. Notre malade a eu, lui aussi, des convulsions à l'âge de 8 mois; elles paraissent être liées à l'évolution dentaire, car elles se sont répétées à diverses reprises jusqu'à 22 mois, et à chaque poussée d'une ou de plusieurs dents. A part une atteinte de faux croup, on ne nous signale rien de particulier jusqu'à l'âge de 9 ans. L'enfant n'était pas très fort ni très avancé, mais il ne paraissait pas autrement que ses camarades, excepté qu'il y avait une faiblesse notable du côté gauche du corps.

A 9 ans, notre petit malade est menacé par un individu et poursuivi par un chien en fureur.

Dans la nuit, sommeil agité, cauchemars, crise convulsive.

Depuis ce moment, il a des attaques assez nombreuses qui viennent sans régularité et à toute heure du jour.

Tantôt il y a une ou deux attaques dans la journée, et cela pendant des périodes durant deux, trois, ou quatre jours; tantôt les intervalles de repos sont plus considérables, et le malade reste sept à huit jours sans aucune manifestation de son mal.

La mère, femme très intelligente, qui observe son enfant avec beaucoup de sollicitude

©BIU Santé

et de perspicacité, nous raconte qu'il a deux espèces d'attaques : l'une, qu'elle nomme la petite crise, se manifeste de la façon suivante :

Tout d'un coup, l'enfant se met à pousser plusieurs cris de frayeur, assis, couché, ou debout, il se redresse; les mains étendues en avant, il part comme un trait, et court devant lui jusqu'à ce qu'il rencontre un obstacle; il s'arrête alors, les mains appuyées ou cramponnées au premier objet qu'il rencontre, et pendant quelques secondes à quelques minutes il se met à sauter sur place, d'une façon tout à fait bizarre et irrégulière; puis il s'arrête, et au bout d'un instant il revient à lui, ou bien il trébuche et tombe; mais sans mouvements généralisés, et tout rentre immédiatement dans l'ordre, à moins que la chute n'ait amené quelques contusions plus ou moins sérieuses.

La grande attaque est caractérisée par une perte plus complète de la connaissance, avec chute immédiate sur place ; une durée plus longue, et de grands mouvements convulsifs qui ont une physionomie spéciale, et que nous décrirons plus loin.

Le malade est un enfant assez bien développé physiquement pour son âge, mais paraissant peu intelligent, taciturne, violent, mauvais caractère ; sait à peine lire et écrire, mais a peu fréquenté l'école à cause de sa maladie. Ce qui frappe en l'examinant, c'est l'asymétrie bien nette de la tête et de la face qui semble atrophiée dans tout le côté gauche. La bosse frontale, l'os malaire, sont moins saillants. La bouche est légèrement déviée à gauche; la joue de ce côté est lisse, sans pli, peu mobile et presque insensible, excepté dans le domaine de la branche ophthalmique.

La langue est peu déviée, moins sensible à gauche qu'à droite ; mais l'enfant ne se prête pas avec intelligence à plusieurs expériences tentées dans ce sens. Pas de morsures visibles. La voûte palatine est profonde, irrégulièrement cintrée; la dentition est mauvaise, les dents sont mal implantées, les incisives inférieures présentent des incisures en dents de scie et des encoches transversales sur la face antérieure, montrant l'usure de l'émail.

Le côté droit du corps est manifestement plus développé que le gauche. Le malade marche en traînant légèrement la jambe gauche, qui est plus grêle mais pas plus courte, et sur laquelle on ne remarque pas de groupe musculaire plus spécialement atteint d'atrophie. Au bras, l'atrophie musculaire est plus manifeste pour le deltoïde et les muscles fléchisseurs de la main et de l'avant-bras; il y a même une légère griffe avec flexion incomplète des dernières phalanges. La sensibilité est très obtuse du côté gauche, mais on ne peut pas exactement la mesurer, car le malade prétend qu'il ne sent pas les piqûres, bien qu'il cherche à s'y soustraire par des mouvements réflexes appropriés.

Les autres fonctions sont normales et s'accomplissent bien. Le malade ne perd pas habituellement ses urines pendant les attaques, il n'y a pas non plus de paralysie momentanée du sphincter anal.

On n'a pas constaté d'habitude d'onanisme pendant son séjour chez ses parents ni à l'hôpital. La mère dit qu'il est sujet aux vers et qu'il en a rendu à diverses reprises.

Le 28 octobre, nous assistons pendant la visite à une petite crise. L'enfant, qui était debout, s'élance tout d'un coup en criant, et ne s'arrête que contre le mur de la salle où il reste un moment comme étourdi. On le transporte dans son lit, un peu hébété ; mais il n'y a pas eu de chute, et comme mouvements convulsifs, on ne peut voir que quelques grimaces dans la face et des mouvements presque rhythmiques des jambes.

Le lendemain, nouvelle attaque fruste ; au moment où il partait en courant et poussant des cris, un infirmier a pu le saisir et l'arrêter.

La crise n'a duré que quelques secondes : le malade n'en a pas souvenir ; il reprend ses jeux au moment où il les avait laissés. On fait prendre au malade deux, puis quatre dragées de bromure de camphre.

Le 4 novembre, au matin, une grande attaque eut lieu sous nos yeux. L'enfant, qui était au lit, pousse tout à coup plusieurs cris stridents; il se dresse sur son séant, puis retombe sur son oreiller, la tête est tournée fortement vers la droite, ainsi que les globes oculaires (déviation conjuguée de la tête et des yeux à droite). La face est pâle, les pupilles dilatées, la langue est alternativement projetée au dehors et retirée, le maxillaire inférieur est animé de mouvements rhythmiques de mâchonnement. Le bras et le membre inférieur du côté droit sont le siège de convulsions cloniques très étendues, les membres du côté gauche sont dans un état tétanique complet ; la main gauche est fermée avec force, le pouce en dedans, pris avec le drap de lit. Tout le corps a de la tendance à se tourner vers la droite. Bien que les sensations ne soient pas nettement perçues, il y a des mouvements réflexes appropriés à un but quand l'excitation est violente.

Au bout d'une ou deux minutes, les mouvements convulsifs du côté droit cessent, et la contracture du côté gauche disparaît. Le malade prononce des paroles incohérentes ;

©BIU Santé

il se lève, ne sachant où il va, ne répondant pas aux questions qu'on lui fait. La marche est difficile, l'hémiplégie gauche plus marquée; le visage indique la stupeur. Puis, au bout d'un instant, la conscience revient, le malade comprend ce qu'on lui dit; il regagne son lit, s'endort immédiatement comme épuisé de fatigue, et au réveil l'intelligence est suffisamment nette; mais il n'y a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Du reste, à part les contusions que le malade peut se faire au moment de la chute ou pendant les convulsions, il n'y a pas de traces de l'attaque, pas de morsures à la langue, pas d'évacuation alvine ou d'urines.

Cette attaque est identique, d'après la mère, à celle que le malade présente de temps à autre, et qu'elle appelle grandes attaques à convulsions; seulement, quand le malade est debout, un des premiers phénomènes, après les cris, est la chute immédiate et forcée.

Le 6 novembre, nouvelle attaque. Donner six dragées de bromure de camphre.

Le 7 novembre, deux attaques dans la journée : celle du matin avec course et chute, celle du soir avec chute et convulsions.

Le 10 novembre, autre grande crise.

Le 18 novembre, attaque complète. Voyant l'inefficacité de la médication, le chef de service la suspend et, pressé par la mère du malade qui prétend sans cesse que son enfant a les vers, ordonne une infusion de 10 grammes de mousse de Corse et deux cuillerées d'huile de ricin après.

Le malade ne rend pas de vers, mais il a une attaque le 21. On ajoute au traitement de l'huile de foie de morue et des frictions sur la colonne vertébrale avec du liniment de Rosen, deux fois par jour.

Le 22 novembre, grande attaque. On donne du bromure de potassium, 0,50 centigrammes.

Le 23 novembre, il y a deux attaques incomplètes. Nouvelle infusion de mousse de Corse.

Le 25 novembre, nous notons des mouvements d'athétose dans le pied droit. On essaie la santonine au lieu de la mousse de Corse, mais sans résultat, et, jusqu'au 5 décembre, je trouve notées des attaques grandes ou petites; parfois deux et même trois dans une même journée; en tout vingt et une attaques depuis que le malade est à l'hôpital.

Le 8 décembre, voyant évidemment que les crises n'étaient pas sous la dépendance des vers intestinaux, on donne d'abord une dragée de Gélineau, puis les jours suivants deux dragées.

Le 18 décembre, le malade a sa première attaque depuis qu'il est soumis à l'action combinée du bromure, de l'arsenic et de la picrotoxine. Je trouve indiquées dans mes notes deux nouvelles attaques moins fortes pendant le reste du mois.

Le 25 du même mois, on porte à quatre le nombre des dragées.

Le malade a encore une attaque pendant la messe du 1er janvier 1878. On ajoute au traitement une purgation tous les huit jours, des frictions alcoolisées sur la colonne vertébrale et 20 centigr. par jour de fer réduit par l'hydrogène.

Le 10 février, l'enfant prend cinq dragées; il n'a pas eu de nouvelles attaques; mais le malade ne veut plus rester à l'hôpital et sort bientôt après. La mère promet de lui faire continuer le traitement chez elle. C'est ce qu'elle fait pendant quelques mois; mais bientôt le petit malade ne voulut plus s'y soumettre; comme il n'y avait plus eu d'attaques depuis sa sortie de l'hôpital, on délaissa le traitement. Dès les premiers jours de l'année 1879, l'enfant avait des absences, il se plaignait de vertiges et de frayeurs soudaines; enfin, au mois de mars, survint une attaque avec convulsions. Il y avait près de quinze mois que le malade n'en avait pas eu. On recommença le traitement par les dragées de Gélineau, mais d'une façon incomplète et irrégulière, et les attaques, d'abord rares, devinrent plus fréquentes.

Le malade rentre à l'hôpital, août 1879. On remarque que l'asymétrie de la face et de la tête est plus marquée à mesure que le côté droit se développe normalement; il en est de même pour la différence de volume des membres du côté gauche, par rapport à ceux du côté droit.

Les attaques sont toujours distinguées par la mère en deux espèces : les petites, dans lesquelles il n'y a pas habituellement chute, mais simplement cris avec course et trépignement sur place; et les grandes attaques convulsives, avec perte de connaissance. Celles-ci paraissent être plus nombreuses qu'au début de la maladie : on en compte souvent deux ou trois dans l'espace de quelques heures, et alors l'état de mal se prolonge longtemps et est des plus accusés. Habituellement, les grandes attaques suivent

SBIU Santé

une série de deux ou trois petites crises. Celles-ci surviennent sans aucun ordre ni régularité. Tantôt elles viennent presque tous les jours, tantôt elles sont séparées par une semaine de repos.

Le caractère de l'enfant est devenu plus mauvais; il ne suit pas le traitement qui lui est prescrit, et on est obligé de le renvoyer de l'hôpital. C'est alors que la mère, très inquiète de l'état de santé de son enfant, qui avait des attaques de plus en plus fréquentes, me pria d'instituer le traitement que je jugerais convenable, et me promit de le faire suivre très exactement, et même au besoin d'employer les corrections.

C'était au commencement de l'année 1880. Je prescrivis l'usage méthodique et régulier des dragées de Gélineau qui me paraissaient avoir amené une amélioration manifeste lors du premier séjour du malade à l'hôpital. Je commençai par deux dragées, puis quatre et même cinq. A la fin de chaque mois, je suspends pendant huit jours, pour reprendre dans les mêmes conditions le mois suivant; comme adjuvant, je fais prendre, sur les conseils du docteur Gélineau, l'extrait de feuilles de noyer à la dose de 0,60 centig. par jour.

En même temps, tous les matins, lotion d'eau froide sur la tête et la nuque. De plus, pour détourner le mouvement fluxionnaire, je prescris une purgation tous les quinze jours et un cautère est placé à la jambe gauche. Du grand air, une bonne nourriture, pas de contension d'esprit.

Le traitement fut très exactement suivi et donna un résultat très remarquable à bref délai.

A partir du mois de mai, je fis noter les attaques par les parents. Sur cette note, je relève trois grandes attaques avec convulsions le 3, le 11 et le 24; et douze petites crises sans perte complète de connaissance et sans mouvements convulsifs étendus, le 7, le 8 et le 10 (deux), le 14, le 15, le 22, le 29, le 30 et le 31 (trois).

Dans le mois de juin, une seule grande attaque convulsive le 12, et neuf crises ordinaires; le 1er (deux), le 2 (deux), le 15, le 19, le 20, le 21.

Jusqu'au 20 juillet, pas de manifestation morbide; mais. ce jour-là, grande attaque; le 22, une crise; le 25, une grande attaque; le 26, quelques mouvements convulsifs très légers. Depuis lors, aucune manifestation morbide.

Le malade a grandi, s'est fortifié; il se livre à tous les jeux d'un garçon de son âge. Il a aujourd'hui près de 17 ans, il est suffisamment grand et très fortement charpenté; mais il reste une légère faiblesse de la jambe gauche, le bras gauche est aussi plus faible que le droit, la main est manifestement plus petite, les doigts sont légèrement rétractés en griffe. Le malade est assez maladroit de cette main, qu'il n'exerce guère; il conserve l'asymétrie de la face et de la tête; celle-ci est très manifeste quand, comme nous l'avons fait, on en prend le moule, à l'aide du conformateur dont se servent les fabricants de chapeaux.

Son intelligence s'est cependant suffisamment développée, il va à l'école, il a appris à lire et à écrire, il sait faire les quatre règles de l'arithmétique, tandis qu'il était complètement illettré au début de sa maladie.

Depuis le 26 juillet 1880 jasqu'au mois de janvier 1882, le malade n'a eu aucune atteinte de son mal; il y a donc, par conséquent, dix-huit mois de calme absolu, complet. Est-ce la guérison? Ça en a tout au moins l'apparence. Vouloir l'affirmer, ce serait peut-être engager l'avenir, et l'avenir ne nous appartient point; mais pour la famille et le malade l'état actuel égale la guérison. Je ne reste pas néanmoins inactif et insouciant. J'ai continué les dragées de Gélineau, mais à faibles doses, juaqu'au mois de juillet 1881, c'est-à-dire un an après la cessation de toute crise. Le cautère fut supprimé un mois après; on fit encore les lotions froides pendant tout l'été. J'ai recommandé à la mère de ne pas négliger la purgation tous les quinze jours ou toutes les trois semaines. Enfin j'ai l'intention de reprendre les dragées Gélineau au printemps prochain, comme moyen préventif et d'insister à ce moment sur les dérivatifs.

Ce fait, dont nous avons tâché d'éloigner les détails inutiles, tout en lui laissant sa physionomie et son intérêt, nous paraît se prêter à certaines considérations théoriques et pratiques importantes.

Et d'abord, avons-nous eu raison de qualifier d'épilepsie les diverses manifestations morbides qu'a présentées le malade?

Au début, on l'a vu, le diagnostic a été bésitant : on espérait que les mouvements convulsifs étaient simplement de nature réflexe périphérique et en particulier sous la dépendance de vers intestinaux. L'inefficacité des anthelminthiques et du bromure vint montrer que la cause du mal avait bien plutôt son siège dans les centres nerveux.

©BIU Santé

On pouvait penser à une tumeur cérébrale.

L'absence de douleur encéphalique plus ou moins précise et limitée, l'intégrité des sens et de la circulation du fond de l'œil, enfin la marche même de la maladie, nous firent repousser cette hypothèse.

Une tumeur cérébrale ne se manifeste pas habituellement tout d'un coup avec cette violence et cette soudaineté. Il y a des degrés pour arriver à un summum dont le terme est fatal.

Dès le début, la première attaque de notre malade est aussi forte, aussi complète que celles qui suivront; au lieu d'augmenter d'une façon continue en nombre et en intensité rappelant l'accroissement de la néoplasie, nous les voyons au contraire diminuer, disparaître même un certain temps, pour cesser ensuite complètement jusqu'à nouvel ordre. On peut affirmer qu'avec une tumeur cérébrale, les choses se seraient passées différemment.

Nous étions ainsi conduit à placer les manifestations morbides de notre malade sous la dépendance de l'épilepsie.

Mais qu'est-ce que l'épilepsie? L'idée que l'on s'en fait généralement répond-elle au tableau clinique que nous avons tracé des manifestations morbides de notre malade? Pour le plus grand nombre, c'est une névrose dont les symptômes ne sont pas toujours identiques dans tous les cas, qui peut se révéler parfois par une simple absence vertigineuse ou plus souvent par des crises plus tragiques avec cri initial, perte de connaissance et chute dans l'état tétanique, bientôt suivi de convulsions cloniques plus ou moins étendues et se terminant par le coma. Autour de ces traits essentiels viennent se grouper certains phénomènes plus ou moins importants, tels que l'écume à la bouche, les morsures de la langue, qui peuvent manquer, sans pour cela que le diagnostic soit moins certain.

Or, chez notre malade, nous trouvons, à côté du simple vertige avec absence qui dure quelques secondes, des attaques plus complexes, dont une certaine espèce peut être en tout point comparée au tableau complet de la crise épileptique type que nous avons esquissée.

Ce qu'il y avait de particulier chez notre malade, c'est la prédominance des convulsions d'un côté du corps, et la déviation conjuguée de la tête et des yeux vers la droite, que l'on ne rencontre pas dans les attaques épileptiques ordinaires. Or, il est évident que ces différences tiennent précisément à l'inégalité de fonctionnement et d'innervation qui existait dans les deux côtés du corps de notre malade, ce qui fait que justement notre cas offre un intérêt plus considérable que celui que présente le premier épileptique venu.

C'est là la note personnelle qui donne à cette observation son individualité.

Tout le côté gauche était atteint d'atrophie ou plutôt d'arrêt dans le développement, et de contractures bien marquées par la main en griffe; il n'est donc pas extraordinaire que les convulsions de ce côté soient plutôt tétaniques que cloniques, et que celles ci soient en tout cas moins fortes que du côté droit.

On pourrait, au besoin, faire intervenir l'inégalité de force constatée dans les parties symétriques pour expliquer la déviation de la tête et des yeux, et cette tendance à la rotation de tout le corps à droite, s'il n'y avait une explication plus naturelle dans la lésion du système nerveux central, cause de tous les symptômes observés.

Nous admettons, en effet, que cette épilepsie n'est pas purement essentielle, mais qu'elle relève d'un substratum anatomique que nous essayerons bientôt de mettre plus en lumière. Est-ce à dire que nous acceptions, au point de vue de l'étiologie de l'épilepsie, les idées qu'a défendues avec son habileté et son autorité incontestées M. le professeur Lasègue? Pour le savant clinicien de la Pitié, qui a aimé à revenir sur ce sujet (voyez *Acad. de méd.*, 1877, *Bulletin*, p. 505; *Arch. générales de méd.*, 1877, p. 5, et 1880, p. 5; et *Congrès international de Londres*, 1881), l'épilepsie n'est pas une maladie, c'est une infirmité, et cette infirmité aurait sa cause dans l'ossification irrégulière des os de la base du crâne, d'où l'asymétrie de la tête et de la face qui caractériserait tout épileptique. On ne pourrait donc devenir épileptique qu'au moment où s'ossifie la boîte crânienne, c'est-à-dire entre 10 et 18 ans.

BIU Santé

Jusqu'ici, tout ce qu'avance M. le professeur Lasègue peut parfaitement être appliqué à notre malade, et par conséquent il semble que nous pourrions l'admettre dans le cas particulier.

Mais la question devient autrement grave quand on considère les conséquences qui sont tirées de pareilles prémisses, et nous ne saurions le suivre sur ce terrain, au nom même du fait qui a été soumis à notre observation. S'il est vrai que l'épilepsie est une infirmité, et une infirmité incurable, dont les manifestations, toujours semblables à elles-mêmes, ne sauraient subir aucune modification favorable, il est certain que nous n'avons pas eu à soigner un épileptique, malgré les crises typiques si semblables à celles que tous les auteurs décrivent dans l'épilepsie, malgré l'âge du sujet et son asymétrie de la face et de la tête, si en rapport avec les descriptions de M. Lasègue lui-même.

Nous faudrait-il donc repousser notre diagnostic, tout simplement parce que notre malade a été modifié par un traitement approprié?

Mais le savant professeur de la Pitié ne pousse pas si loin l'esprit de déductions logiques. Il reconnaît, en effet, qu'il y a certaines épilepsies acquises qui sont néanmoins de véritables épilepsies, bien que plus ou moins curables chirurgicalement.

Or, si un individu est devenu un véritable épileptique parce qu'une esquille osseuse comprime certaine région de ces circonvolutions cérébrales, nous n'aurons pas de peine à admettre que des manifestations identiques peuvent se produire si, au lieu d'une esquille, on suppose un caillot sanguin ou toute autre production pathologique pouvant jouer le même rôle.

Or, à côté de ces malades devenus épileptiques par le fait de chocs extérieurs, si bien décrits par le professeur de Paris, je trouve un bien plus grand nombre d'individus dont le cerveau a reçu en dedans de leur crâne des chocs intérieurs (ictus) autrement graves que les premiers, et qui ont pu les rendre également épileptiques.

Mon malade me paraît être un type de cette dernière catégorie.

Chez lui, en effet, quand, à l'occasion d'une frayeur violente, est survenue la première attaque, il existait déjà des antécédents morbides qui permettent d'affirmer une lésion du système nerveux central. L'arrêt de développement du côté gauche du corps, que l'on avait déjà remarqué, provenait-il d'une lésion produite au moment des convulsions de la dentition? Cela est probable, mais nous ne saurions fixer l'époque précise de sa production. Nous ne serons pas plus affirmatif sur la nature et le siège de l'altération; ce qui fait la difficulté dans ces conditions, c'est que les symptômes observés ne sont pas circonscrits et dans la dépendance directe de la lésion primitive. Il y a surtout des phénomènes de propagation et d'irradiation à tout l'encéphale, et en particulier au mésocéphale, de sorte qu'il est très difficile, pour de pas dire impossible, de remonter jusqu'au point de départ; mais, quoi qu'il en soit, l'altération première a été là comme une épine, ou si l'on veut comme une esquille, ayant produit directement l'arrêt de développement du côté gauche du corps, mais provoquant des troubles dans la circulation et le fonctionnement de tout l'encéphale.

Tandis que, dans la plupart des convulsions ordinaires, le point de départ de l'excitation est périphérique et dans un système plus ou moins éloigné, ici la cause est intra-crânienne et dans le système nerveux central lui-même.

C'est donc bien une épilepsie symptomatique que nous avons observée, mais une épilepsie symptomatique autrement grave que celle qui relève d'un choc sur la tête ou de la présence de vers intestinaux.

Aussi, l'on comprendra que nous ne nous soyons pas contenté de désigner les symptômes observés sous le nom d'attaques épileptiformes. Notre malade ne ressemblait pas seulement à un épileptique par ses crises, il l'était réellement, tout aussi bien que les individus que décrit M. Lasègue; mais il était atteint d'une espèce d'épilepsie qui diffère à certains égards de l'épilepsie essentielle.

Si nous repoussons, pour la maladie que nous avons observée, la désignation d'attaques épileptiformes, c'est à la fois au nom de la logique et de la rigueur de l'observation. Quand on parle d'attaques épileptiformes, on indique que ces symptômes, qui ressemblent à ceux de l'épilepsie, n'en sont pas les vraies manifestations; mais on ne dit pas ce qu'elles sont. Or, nous croyons avoir démontré que, chez notre malade, tous

©BIU Santé

les phénomènes observés dépendaient d'une lésion encéphalique primitive, qui retentissait à certains moments sur le mésocéphale et en troublait le fonctionnement, de façon à produire des manifestations identiques à celles que l'on constate dans l'attaque d'épilepsie.

Si nous voulions nous appesantir sur les ressemblances symptomatiques, il n'y a pas jusqu'à cette asymétrie de la tête et de la face, sur laquelle insiste si complaisamment M. le professeur Lasègue, qui pourrait nous servir encore pour établir notre diagnostic et justifier notre manière de voir.

Comme on le sait, M. le professeur Lasègue fait de cette asymétrie la clef de voûte de la pathogénie et de l'étiologie de l'épilepsie. Pour lui, il n'y a pas d'autres causes, et tout ce que l'on a dit sur l'hérédité, les émotions morales, etc., doit être repoussé impitoyablement. Nous croyons qu'il y a là une exagération d'un fait qui est vrai dans certains cas, mais dont la signification n'est pas toujours celle que l'on a proposée.

Il n'est pas douteux que bon nombre d'épileptiques ne le deviennent dans les limites d'âge fixées par M. le professeur Lasègue. Or, dans ces conditions, il existe d'une façon presque constante l'asymétrie, sur laquelle insiste l'éminent professeur de la Pitié; mais est-ce à dire qu'elle ait la valeur étiologique et le rôle pathogénique que l'on veut lui attribuer?

Aujourd'hui que l'on connaît bien l'influence régulatrice du système nerveux central sur le développement et la nutrition des divers tissus, il nous paraît plus naturel d'admettre que la déformation, que M. Lasègue considère comme primitive, n'est que secondaire et sous la dépendance d'une lésion des centres nerveux.

Si la boîte crânienne peut, par sa forme, influencer sur son contenu, il n'est pas douteux non plus que, surtout au moment de la soudure des diverses pièces osseuses du crâne, la configuration de celui-ci peut être impressionnée par des modifications survenues dans la masse encéphalique. Notre fait est démonstratif à cet égard, et nous sommes persuadé que, dans la plupart des cas, les choses ne se passent pas autrement. Ici la lésion cérébrale primitive est mise en évidence, non seulement par l'asymétrie de la tête et la face, mais surtout par l'arrêt de développement et l'anesthésie de la jambe et du bras du côté gauche, qui ne permettent pas de douter d'une altération des centres, antérieure à la maladie qui évoluait sous nos yeux. Si, au lieu de ces manifestations indéniables, la lésion encéphalique ne se traduit que par l'asymétrie de la tête et de la face, elle peut être méconnue ou ignorée, et alors on ne voit que le symptôme extérieur, et c'est à lui qu'on rapporte la cause de toute la maladie. Notre malade présente au plus haut degré l'asymétrie de la tête et de la face, telle que l'a décrite M. Lasègue, mais nous ne lui avons pas attribué une importance étiologique qu'il était bien évident qu'elle n'avait point, étant donné les autres symptômes observés du même côté du corps.

Pour nous donc, l'asymétrie de la tête et de la face ne saurait être la cause de l'épilepsie; elle est, comme la maladie elle-même, l'effet d'une altération primitive des centres nerveux, dont elles ne sont toutes les deux que des manifestations différentes.

En l'absence de toute constatation anatomique, nous ne pouvons préciser davantage la nature et le siège de l'altération nerveuse primitive; car si nous connaissons jusqu'à un certain point les lésions qui tiennent sous leur dépendance les troubles trophiques des membres, rien de pareil n'a été signalé pour la tête et la face; aussi en serions-nous réduits à de pures hypothèses. Il est plus sage d'attendre les lumières d'une observation plus complète.

Le pronostic porté par M. Lasègue, dans les cas où existe l'asymétrie de la face, est très grave. Il n'est pas douteux qu'il est difficile, dans ces conditions, d'atteindre la cause première et de la modifier dans un sens favorable. C'est pour cela que la guérison de notre malade mérite de fixer l'attention, non seulement par les résultats obtenus, mais aussi à cause des indications que nous a révélées l'analyse clinique du fait en lui-même, et des moyens que nous avons employés pour les remplir.

Nous n'avons pu instituer un traitement rationnel qu'à partir du moment où nous avons été certain d'avoir à traiter une épilepsie symptomatique, dont la pathogénie était celle que nous venons d'indiquer. Dans ces conditions, si nous ne pouvions guère agir sur la lésion première pour la détruire et l'enlever, nous pouvions espérer de mo-

difier tout au moins les phénomènes d'excitation dont elle était le point de départ, et qui aboutissaient au mésocéphale.

Par leur composition complexe, les dragées de Gélineau nous parurent devoir remplir cette double indication, en agissant par la picrotoxine sur la circulation bulbaire, et par les bromures, en modérant les réflexes qui avaient la lésion primitive pour origine.

Nous ne savons que peu de chose sur la physiologie pathologique de l'épilepsie ; mais nous n'ignorons pas cependant que les attaques s'accompagnent de congestion du côté de l'encéphale, d'où l'indication de détourner ces mouvements fluxionnaires habituels, et la justification de l'usage de purgatifs répétés et d'un exutoire à la jambe.

Le tempérament lymphatique avec tendance à la scrofule a été combattu : d'abord par l'huile de foie de morue, et ensuite par l'extrait de feuilles de noyer, qui serait un utile adjuvant des dragées, et que M. Gélineau recommande d'une façon particulière.

Il est inutile d'insister sur les indications remplies par l'hydrothérapie et le régime hygiénique que nous avons prescrits à notre malade ; nous croyons néanmoins que l'on ne doit pas négliger ces détails, qui peuvent avoir leur utilité.

En tout cas, les résultats obtenus montrent bien tout ce que l'on peut espérer dans de pareilles conditions, quand on veut rechercher les indications au moyen d'une analyse clinique éclairée, et que l'on ne se laisse pas décourager par d'autres tentatives plus ou moins heureuses.

(Extrait de la *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*. Février 1882.)

De quelques nouvelles médications.

NOUVEAU TRAITEMENT DE L'HERPÈS TONSURANT, par H.-J. REYNOLDS (de Chicago), CHARON et GEVAERT.

On adapte au pôle positif d'une batterie de 20 éléments au sulfate de cuivre une éponge imbibée d'une solution de sublimé à 3,5 p. 1,000. Ce pôle est placé sur la partie malade et le pôle négatif à quelque distance. Chaque séance journalière doit durer de dix minutes à un quart d'heure, le cuir chevelu étant, au préalable, soigneusement rasé et lavé. L'application est légèrement douloureuse.

Le nouveau moyen est à la fois efficace et rapide. Les plaques d'herpès présentent immédiatement une surface moins squameuse, plus lisse, plus polie, et le cheveu malade semble reprendre sa vitalité. La durée du traitement dépend de l'ancienneté du mal et des modifications que peuvent avoir subi antérieurement les plaques malades sous l'influence d'autres traitements. (*Journal de médecine de Bruxelles*, 1887, 22.)

LE TRAITEMENT DE LA SYPHILIS PAR LA MÉTHODE HYPODERMIQUE, par Ed. DE SMET.

Dans un discours étendu prononcé à la Société de médecine de Bruxelles, M. de Smet soutient la valeur des injections hypodermiques. Il emploie exclusivement les sels solubles, et notamment le sublimé, parfois le peptonate et, dans certains cas, le cyanure.

Ayant voulu cependant expérimenter les sels insolubles, il s'est servi de la solution suivante :

Oxyde jaune de mercure.....	6 grammes.
Sublimé.....	0 gr. 05 centigr.
Glycérine pure	100 grammes.

Chaque injection, en tenant compte du dépôt qui se fait forcément dans la seringue, équivaut à peu près à 5 centigr. d'oxyde.

Les précautions antiseptiques les plus minutieuses ont été prises. Les récipients servant à la confection du liquide étant rincés à l'acide sulfurique, la glycérine fut chauffée au bain-marie à 100° pendant vingt-quatre heures; une petite quantité de sublimé, 1/2 p. 1000, assurait la conservation du liquide. Enfin, avant de pratiquer une injection, la seringue de Pravaz et les aiguilles étaient immergées pendant plusieurs minutes dans une solution de sublimé à 1/1000e.

©BIU Santé

M. de Smet a fait en tout quatorze injections; les deux premiers sujets, femmes de 30 à 40 ans, ont reçu chacune cinq injections faites de quatre en quatre jours; le premier jour, on remarquait une douleur assez vive et une certaine rougeur au point piqué, mais tout en restait là; ce n'est qu'au bout de cinq injections que des phénomènes intenses de stomatite mercurielle se sont montrés et ont nécessité la suppression des injections.

Les quatre autres sujets ont eu chacun une injection; la douleur a été assez forte pour rendre la marche difficile, et ces malades ont refusé de continuer le traitement. Pas de nouveaux abcès, mais un des sujets a présenté, le second jour, une stomatite mercurielle assez intense.

Il résulte de ces expériences : 1° que c'est à tort que l'on a affirmé que les sels insolubles donnent toujours lieu à des suppurations; 2° que la salivation suit parfois de près ces injections: 3° que la douleur résultant de l'injection est assez vive pour faire abandonner ce mode de traitement.

Les sels solubles ne présentent pas ces inconvénients et ne donnent pas lieu aux stomatites. M. de Smet porte d'ailleurs tout spécialement son attention sur ce point, et dès que le malade éprouve quelques douleurs du côté des gencives, il suspend les injections pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures. Il ne craint pas les salivations tardives.

Quand on fait les injections aux lieux d'élection, loin des saillies osseuses, en plein muscle, que se soit dans les fessiers, les dorsaux ou les deltoïdes, on n'observe pas d'engorgements cellulaires. De même les lésions musculaires ne sont pas à craindre si l'on ne multiplie pas les injections dans les mêmes points.

Les effets de la méthode hypodermique sont plus rapides et plus certains que ceux des autres modes de traitement. (*Journal de médecine de Bruxelles*, 1887, 22.)

P. C.

COURRIER

Le jeudi 15 mars 1888, 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 internes en pharmacie, vacantes dans les hôpitaux et hospices civils de Paris.

Les élèves qui désireront 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 mercredi 1er février 1888, et fermé le mercredi 29 du même mois, à trois heures.

La production du vin en 1887. — La production vinicole de la France a été en 1887 de 24,333,000 hectolitres, chiffre présentant sur la moyenne des dix dernières années une infériorité de 10,644,000 hectolitres.

La production des vins de seconde cuvée, obtenus, on le sait, par l'administration de sucre au marc provenant de la première cuvée, est passée de 2,688,000 hectolitres à 2,935,000 hectolitres.

La fabrication du vin de raisins secs a été de 2,618,000 hectolitres contre 2,812,000 hectolitres en 1886.

L'importation des vins étrangers est montée de 9,438,000 hectolitres à 10,582,000 hectolitres,

En Algérie, la production s'est avancée de 1,569,000 hectolitres à 1,902,457 hectolitres en 1887. Il y avait 60,000 hectares de vignes en 1885, on en a constaté cette année 78,687, soit un accroissement de 30 pour 100 en deux ans. (*Lyon méd.*)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Verneuil : Traitement du furoncle et de l'anthrax par la pulvérisation phéniquée. — II. De quelques nouvelles médications. — III. Bibliothèque : Manuel de matière médicale. — IV. Revue des journaux : Hémorrhagies utérines. — Engorgement paludéen de la rate. — Eczéma à récidives opiniâtres. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Variétés : Conférences de l'Association française pour l'avancement des sciences. — VII. Formulaire. — VIII. Nouvelles de l'étranger. — IX. Courrier.

Traitement du furoncle et de l'anthrax par la pulvérisation phéniquée

Par M. le Professeur Verneuil.

Je devrais m'excuser d'abord d'entretenir l'Académie d'un sujet aussi vulgaire, et qui semble du ressort de la petite chirurgie. Mais je me propose, conformément à ma préoccupation constante, d'indiquer un nouveau progrès de cette chirurgie conservatrice, qui substitue les moyens de douceur aux procédés opératoires violents, si salutaires qu'ils soient.

Depuis bientôt quarante ans que je fais de la chirurgie, j'ai constaté que le traitement de l'anthrax avait beaucoup varié, sans doute, mais que, d'une manière générale, il était devenu de moins en moins chirurgical ou opératoire, sans être pour cela moins efficace.

D'abord, les exagérations ont disparu. J'entends par là les exagérations extrêmes de ceux qui ne voulaient jamais opérer les anthrax et de ceux qui les tailladaient tous également sans merci. Ces derniers étaient les plus nombreux à l'époque de ma jeunesse ; ils pratiquaient de longues et profondes incisions, et, à mes débuts, je fis comme eux. Mais comme d'autres aussi je m'aperçus bientôt que ces cruelles balafres étaient souvent inutiles, parfois même dangereuses et que dans la majorité des cas la guérison survenait aussi bien et au moins aussi vite sans elles.

Je me restreignis donc, et, dans une discussion à la Société de Chirurgie, je conseillai de limiter l'intervention opératoire aux deux cas — faciles à déterminer — de souffrances violentes et d'extension progressive du mal, laissant ainsi marcher seuls les anthrax médiocrement douloureux et ceux qui se circonscrivent spontanément.

A peine, d'ailleurs, le thermo-cautère entrait dans la pratique, que je le substituais absolument à l'instrument tranchant qui fréquemment aggrave le mal de plusieurs manières (hémorrhagie, septicémie, auto-inoculations, etc.). Je décrivis même la façon de l'employer, c'est-à-dire les débridements multiples et disposés en rayons, empiétant sur les parties saines périphériques et dans l'intervalle desquels je plongeais encore profondément la lame incandescente.

Cette pratique combinée avec les pansements antiseptiques phéniqués, m'avait donné de si bons résultats, que je ne songeai point à employer l'extirpation, le curage, le débridement, etc.

Le seul reproche que l'on pouvait adresser au thermo-cautère était la lenteur de son emploi (le débridement des gros anthrax exigeait parfois de 15 à 20 minutes) et la nécessité d'employer le chloroforme.

En somme, en 1881, j'en étais à cette formule : intervention exceptionnelle, réservée à des cas graves et bien déterminés, mais appliquée avec énergie.

D'ailleurs, je variais quelque peu le mode opératoire suivant les circonstances et au lieu de combiner toujours les débridements radiés et les ponctions, j'employais seulement ces dernières.

©BIU Santé

Telle était ma pratique d'alors, mais en 1883 le cas suivant me fit beaucoup réfléchir. Voici l'observation résumée :

Malade de constitution robuste ; belle santé apparente, malgré un diabète prononcé et ancien ; depuis plus de quinze jours, vaste anthrax de la nuque, largement ouvert au centre, progressant malgré des débridements très douloureux et exhalant une très mauvaise odeur malgré de fréquents pansements ; état général mauvais.

Je juge moi-même, à ma première visite, de nouveaux débridements nécessaires. On décide de les faire le lendemain. En attendant, pulvérisations phéniquées (solution à 2 p. 100) pendant deux séances d'une heure chacune. Le lendemain, au moment de l'opération, changement à vue. Presque plus de douleurs ; plaie sans odeur; diminution considérable du gonflement et de la rougeur périphériques. On continua les pulvérisations et l'amélioration continua, elle aussi.

Depuis lors, j'ai exclusivement employé les pulvérisations contre *tous* les anthrax, quels qu'ils soient. Pour les petits ou moyens, sans vives souffrances et sans tendance à la diffusion, les résultats ont été excellents, et l'on pouvait s'y attendre puisqu'il s'agissait de variétés qui guérissent fort bien sans opération. Mais ce mode de traitement s'est montré supérieur à tous les autres en faisant cesser les souffrances relatives qui existaient et en limitant assez promptement le mal. L'observation suivante, relative à un agrégé de l'Ecole, mort récemment d'un diabète grave compliqué d'albuminurie, en est un exemple.

La voici résumée :

Vaste furoncle de la joue gauche, à base diffuse et profonde ; œdème limitrophe large ; pronostic grave, non seulement à cause du siège, mais encore par la présence du sucre (35 gr. par litre) ; lésions cardiaques et pulmonaires rendant délicate une chloroformisation, si on opte pour le débridement; pulvérisations phéniquées. Dès la première séance, l'œdème s'arrête, les douleurs diminuent pour disparaître après quarante-huit heures et après six séances. Sept ou huit jours plus tard (les pulvérisations étant continuées à raison de quatre séances par jour), le gros furoncle était réduit aux dimensions d'une pustule moyenne d'ecthyma. Le bourbillon sortit spontanément. Guérison complète au dix-septième jour.

Même résultat favorable à l'hôpital dans un anthrax du dos, de 10 à 12 centimètres, acuminé, très douloureux, avec commencement de sphacèle du sommet de la tumeur et perforations multiples du derme. Au grand étonnement de mes élèves, je ne fis pas de débridement. Au bout de dix jours, la pulvérisation phéniquée employée seule était sortie victorieuse de cette épreuve difficile.

Tout récemment, j'ai obtenu en ville un succès non moins surprenant dans un anthrax volumineux (10 cent. sur 8) diffus, très douloureux, chez un homme de 60 ans, maigre, chétif, dyspeptique, présentant des symptômes adynamiques marqués, et chez lequel je ne commençai les pulvérisations phéniquées qu'avec l'intention bien arrêtée de recourir le lendemain au bistouri, si elles n'avaient pas procuré une amélioration appréciable après les vingt-quatre premières heures. Le résultat fut excellent et le débridement évité ; au bout de dix jours, le malade se levait.

En regard de ces résultats si avantageux, je ne veux point dissimuler les insuccès. Deux fois, en ville, j'ai prescrit les pulvérisations phéniquées chez

©BIU Santé

deux malades qui n'en ont pas moins succombé ; mais les conditions étaient tout à fait lamentables. Il s'agissait dans les deux cas de diabétiques cachectiques et d'anthrax des plus mauvais, décollés au loin, avec clapiers fétides, septicémie prononcée, etc. Dans un de ces cas, il y avait, en plus, phlegmon profond et diffus de la cuisse, fièvre, subdélirium, etc. Les pulvérisations ne purent que désinfecter les plaies et retarder un peu la mort.

Des cas semblables ne cèdent d'ordinaire à aucun traitement, soit en raison de leur gravité intrinsèque, soit parce qu'on attend trop longtemps pour leur appliquer les méthodes efficaces.

Reste à savoir si la méthode que je préconise, appliquée dès le début, ne parviendrait pas à juguler le mal ou à modérer ses progrès. L'observation de l'agrégé de l'Ecole me porte à penser qu'il en serait ainsi dans la majorité des cas. Je n'entends pas dire que l'emploi des débridements et les ponctions au thermo-cautère ne seront pas encore indiqués dans certains cas, mais bien qu'appelé au début on pourra toujours essayer la méthode de douceur des pulvérisations phéniquées, quitte à lui adjoindre le lendemain et les jours suivants la cautérisation ignée si elle paraît nécessaire.

Quant au furoncle, qui peut le plus peut le moins. C'est dire que les pulvérisations qui peuvent à elles seules triompher d'anthrax volumineux auront, *a fortiori*, raison des furoncles. Outre qu'un furoncle est fort gênant, parfois très douloureux, il peut encore s'étendre *in situ* et devenir anthrax. D'autre part, les moyens généralement employés (cataplasmes, onguents, lotions, pommades, jusques et y compris l'incision) sont d'ordinaire impuissants à juguler le mal qui suit son cours et dure en moyenne une semaine. Avec la pulvérisation, les choses marchent beaucoup mieux et d'autant plus vite que l'application en est plus précoce. Si on intervient dès le début, vingt-quatre heures suffisent souvent pour arrêter la marche du furoncle ou pour faire cesser du moins tous les accidents. J'ai vu réussir la méthode dans tous les cas où je l'ai appliquée. (M. Verneuil cite à ce propos plusieurs observations des plus concluantes.)

Comme appareil, on emploie les pulvérisateurs à alcool. Ceux qui fonctionnent vingt-cinq minutes et qui sont peu coûteux suffisent dans les cas légers ou moyens d'anthrax et de furoncles et dans tous ceux qui sont déjà ouverts plus ou moins largement. Dans les cas de grosses tumeurs, il vaut mieux recourir aux grands appareils, à ceux dont nous nous servons en chirurgie antiseptique pour produire le spray en abondance. Leur force de pénétration dans la peau est naturellement plus grande, et c'est là, comme dans l'érysipèle, une cause essentielle d'efficacité.

On place l'appareil à 25 ou 50 centimètres de la peau, suivant l'intensité et l'abondance du jet de vapeur et en consultant aussi la sensation éprouvée par le malade. Généralement je ne fais rien interposer entre le jet et la peau ou la plaie. Je n'ai employé jusqu'ici que la solution à 2 p. 100. Peut-être les autres antiseptiques : chloral, acide borique, etc., pourraient-ils réussir aussi. Mais je n'ai pas d'expérience et suis peu disposé à en faire, l'acide phénique à faible dose désinfectant très bien les eschares et les plaies sans irriter la peau et sans provoquer d'accidents généraux. Je n'oserais pulvériser ni le sublimé, ni le bi-iodure.

Le nombre et la durée des séances varient beaucoup. En moyenne, deux heures de pulvérisation par jour suffisent en deux, trois ou quatre séances, au choix des patients. Le soulagement est, en général, si marqué que beau-

©BIU Santé

coup de malades demandent des applications ou plus longues ou plus rapprochées. On peut y consentir les premiers jours jusqu'à ce que le mal soit enrayé, surtout s'il y a de la fièvre et si les eschares, les bourbillons ou le pus exhalent une mauvaise odeur. Plus tard, deux ou même une séance d'une heure et moins, suffisent complètement.

Dans l'intervalle, on se contente d'appliquer sur l'anthrax une compresse de tarlatane pliée en plusieurs doubles, bien imbibée de la solution phéniquée, recouverte d'ouate et d'un tissu imperméable, le tout maintenu par un bandage léger si la région l'exige. Après la nouvelle pulvérisation, on change la compresse, pour peu qu'elle soit souillée de pus ou de débris sphacélés.

Deux précautions essentielles :

1° Garantir soigneusement contre le spray les parties voisines avec des compresses, des serviettes roulées en boudins, des coussins perforés, des pièces de carton ou de diachylon percées au centre, etc., etc.

2° Donner au patient une attitude commode pendant la séance, afin qu'il ne ressente pas de lassitude et n'éprouve que le bien-être qui est la règle. Pour le furoncle ou l'anthrax de la nuque ou du dos, beaucoup de patients se trouvent bien à cheval sur une chaise et les bras appuyés sur le dossier.

Quand le mal siège au périné ou près de l'anus, la position de la taille convient bien, et pour la région lombaire ou fessière, le décubitus latéral avec flexion d'un membre.

Le traitement par les pulvérisations phéniquées est non seulement très simple, mais il convient encore à toutes les formes, à toutes les phases et à tous les degrés du mal, car, à la durée et au nombre des séances près, il reste le même du premier au dernier jour.

Au début, pour les furoncles ou les petits anthrax il a chance d'être abortif. Plus tard, quand la tumeur est plus volumineuse ou tend à s'accroître, il en arrête les progrès. Plus tard encore, quand la perforation et la mortification du derme ont commencé ainsi que la suppuration et l'élimination des bourbillons, il limite le sphacèle, favorise la séparation des eschares, entraîne mécaniquement le pus, désinfecte et déterge la plaie, et, par suite, chose très importante, fait baisser la température et cesser les symptômes généraux.

Quand le sujet n'est pas cachectique, la membrane granuleuse une fois détergée a généralement bon aspect et se cicatrise aussi vite que le permet l'étendue de la perte de substance et la souplesse des téguments circonvoisins.

Je ne vois point d'ombre à ce tableau ; car, si j'ai constaté de rares insuccès dans des cas d'ailleurs désespérés, si je prévois quelques cas où le procédé sera insuffisant et où il faudra recourir encore au thermo-cautère, je ne saurais mettre aucun accident au passif de la méthode.

La bénignité égale donc la simplicité ; et cela se comprend, car, outre que le chloroforme est rendu inutile, on ne touche point à la lésion, on n'exerce sur elle aucune violence, on n'y pratique aucune blessure.

J'ai dit, et je répète très catégoriquement, que les anciennes incisions au bistouri étaient loin d'être innocentes, qu'elles produisaient chez des sujets affaiblis ou dyscrasiques des hémorrhagies graves, difficiles à arrêter et nécessitant des moyens hémostatiques douloureux ou propres à développer la septicémie, qu'elles propageaient d'ailleurs la gangrène et favorisaient l'absorption des produits putrides. La cautérisation avec le fer rouge ou le

thermo-cautère n'offre point, à la vérité, les mêmes inconvénients, mais elle ne fait rien pour prévenir ni pour diminuer l'étendue de la perte de substance ultérieure, ni pour accélérer la chute des eschares, ni pour expulser le pus et les lambeaux conjonctifs sphacélés de la masse spongieuse centrale ou sous-cutanée de l'anthrax déjà ouvert.

Beaucoup de chirurgiens, après avoir pratiqué les débridements ou en faisant les pansements, râclent, excisent, ou pour le moins pressent cette masse spongieuse pour entraîner le pus et les eschares. Or, ces manœuvres à la fois douloureuses et dangereuses doivent être absolument proscrites, d'autant plus que la pulvérisation les rend tout à fait inutiles en désinfectant le foyer.

Que si on veut d'ailleurs hâter la détersion de la plaie, on peut chasser les matières liquides avec un courant faible d'eau phéniquée et inciser, avec une pince et des ciseaux bien tranchants, les lambeaux mortifiés flottants, mais sans les tirailler.

Pour comprendre le danger des violences exercées sur l'anthrax et les furoncles il suffit de se rappeler que le mal est de nature infectieuse et que la tumeur renferme des microbes capables de se répandre à la surface et coloniser à l'intérieur par auto-inoculation ou par pénétration dans le torrent circulatoire.

Ce dernier mode est moins connu, bien que l'on sache les anthrax et même les gros furoncles capables de déterminer la fièvre, les symptômes généraux et même jusqu'aux manifestations viscérales (telles, entre autres, la néphrite albumineuse) et que l'on ait également signalé la formation d'abcès profonds à distance.

CONCLUSIONS

1° Le furoncle et l'anthrax ne sont que des degrés d'une même maladie infectieuse et sont justiciables des mêmes moyens thérapeutiques.

2° Ceux-ci consistent en actes chirurgicaux et en applications topiques. Les premiers semblaient autrefois indispensables ou pour le moins applicables à la majorité des cas. Les seconds, efficaces tout au plus dans les cas légers, ne jouaient dans le traitement qu'un rôle adjuvant et fort secondaire.

3° C'est l'inverse qui doit être accepté aujourd'hui; l'intervention opératoire devient de moins en moins nécessaire et sera réservée pour des cas tout à fait exceptionnels. Au contraire, les topiques antiseptiques, au premier rang desquels il faut placer les solutions phéniquées et boriquées, employées d'une certaine manière, et en particulier sous forme de pulvérisations prolongées et réitérées, jouissent d'une efficacité remarquable en même temps qu'elles sont d'une bénignité absolue et d'un maniement des plus simples.

4° Les pulvérisations font, à bien peu d'exceptions près, avorter rapidement le furoncle et les petits anthrax; elles arrêtent la marche du mal dans les cas graves; elles font cesser d'ordinaire très vite les douleurs, la fièvre et les accidents généraux, désinfectent les foyers purulents et gangréneux, hâtent leur détersion et favorisent la formation d'une belle couche de bourgeons charnus.

5° Elles sont applicables dans toutes les régions, à toutes les formes, et à toutes les périodes du mal. Elles ne sont jamais nuisibles et à elles seules

©BIU Santé

amènent la guérison dans la grande majorité des cas. Elles aideraient puissamment d'ailleurs au succès des moyens chirurgicaux, au cas où ceux-ci deviendraient nécessaires.

6° Enfin, elles tendent à prévenir les auto-inoculations intérieures et les phénomènes d'infection générale.

De quelques nouvelles médications.

L'EAU NAPHTOLÉE DANS L'OZÈNE ET LES RHINITES PURULENTES, par A. RUAULT.

L'auteur emploie avec avantage, pour les irrigations nasales avec le siphon de Weber, dans l'ozène et les autres rhinites purulentes, l'eau naphtolée, préparée selon la formule suivante :

Naphtol β.....	12 grammes.
Alcool à 90°.....	84 —

Une cuillerée à café dans un litre d'eau tiède à employer immédiatement. Chaque cuillerée à café contient à peu près 50 centigr. de naphtol.

Les malades éprouvent une sensation de cuisson désagréable, mais passagère. On peut employer une solution moitié moins forte; ou, encore mieux, faire précéder de quelques minutes l'irrigation par une pulvérisation intra-nasale d'une petite quantité de solution de chlorhydrate de cocaïne à 2 ou 3 p. 100.

(*Archives de laryngologie et de rhinologie*, 1887.)

DE L'EMPLOI DE L'IODOFORME POUR COMBATTRE CERTAINES ANOREXIES ET DYSPHAGIES, par le docteur ALVIN.

On peut donner l'iodoforme aux malades souffrant de dysphagie parce qu'ils avalent en partie les sécrétions purulentes du poumon ou des premières voies.

L'auteur s'est arrêté pour les cas d'anorexie sans dysphagie à la formule suivante :

Iodoforme.....	2 à 5 centigr.

Aromatisez *ad libitum* pour une pilule.

Prendre une pilule après l'expectoration du matin, puis une pilule un quart d'heure avant chacun des deux principaux repas.

Dans la dysphagie causée par des affections ulcéreuses des premières voies (pharynx ou larynx) et particulièrement accompagnée d'anorexie, il recommande la préparation suivante :

Iodoforme.....	1 à 2 grammes
Huile d'amandes douces.....	800 grammes.
Essence d'amandes amères.....	2 à 4 gouttes.

Pendre une cuillerée à potage cinq minutes avant chacun des deux principaux repas, et une cuillerée le matin au réveil; avaler aussi lentement que possible. Si l'administration du médicament provoque quelque dégoût, le malade pourra sucer ensuite une pastille à la menthe ou à l'acide thymique. (*Loire médicale*, 1887, 9.) P. C.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DE MATIÈRE MÉDICALE, par M. R. BLONDEL. — Paris, O. Doin.

M. Dujardin-Beaumetz, dans la préface qu'il a écrite pour cet ouvrage, le recommande chaleureusement : « Presque tous les ouvrages français de matière médicale, dit-il, ont été rédigés dans un but spécial plutôt pharmaceutique que médical. Celui-ci, au contraire, s'adresse plus particulièrement aux médecins et aux élèves en médecine. »

© BIU Santé

C'est aussi ce qu'il nous a semblé à la lecture de l'ouvrage, qui n'offre pas la sèche aridité des manuels de ce genre, et sera des plus utiles aux étudiants pour leur premier examen de doctorat.

Pour chaque corps, M. Blondel commence par la description, en insistant nettement sur les caractères principaux ; puis, après avoir étudié l'histoire naturelle de la substance considérée, termine par l'exposé des principes actifs qu'elle renferme et de leur action physiologique. Un petit résumé des indications de chaque corps rappelle aux futurs médecins que la matière médicale est inséparable de la thérapeutique.

Ceux de nos confrères qui pratiquent forcément la pharmacie trouveront dans l'ouvrage de M. Blondel un guide clair et sûr pour la détermination de leurs drogues et ne seront plus forcés de s'en rapporter simplement à une étiquette trop souvent trompeuse.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Hémorrhagies utérines. — Le *British medical Journal*, 19 novembre 1887, rapporte le fait suivant d'après les *Proceedings of the Russian balneological Society of Piatsgorsk :* De temps immémorial, l'aubépine rouge — *Cratægus officinalis, red hawthorn,* Krasny boïaryshnik — est employée par les paysans russes comme un remède excellent contre les hémorrhagies utérines de toute espèce. Le docteur E.-M. Idanko, de Piatsgorsk, voulant éprouver la valeur de cet agent, a fait prendre une très forte décoction de la racine à une dame, âgée de 52 ans, qui était tourmentée par des écoulements sanguins abondants et fréquents causés par un fibromyome utérin, et contre lesquels on avait eu recours sans succès aux hémostatiques connus. Les hémorrhagies ont été complètement arrêtées par l'aubépine. Le docteur Idanko conclut de ce fait qu'il serait intéressant de soumettre à une étude sérieuse ce remède populaire. — R.

Engorgement paludéen de la rate. — Le docteur Pinna rapporte, dans le *Centralblatt für die medicinishen Wissenschaften,* n° 42, 1887, un cas où une volumineuse tumeur de la rate, d'origine paludéenne, disparut sous l'influence de trois injections d'environ 3 centigrammes chacune d'ergotine, pratiquées dans le parenchyme de l'organe malade à plusieurs jours d'intervalle. Il y eut très peu de réaction. Le nombre des globules rouges s'éleva de 3,420,000 à 4,230,000, et l'hémoglobine monta de 48,6 à 50 p. 100. — R.

Eczéma à récidives opiniâtres. — Le docteur Crocker, admettant que les récidives opiniâtres de l'eczéma sont dues à une névrose des vaso-moteurs, les combat par l'application d'une révulsion ou contre-irritation, c'est-à-dire par l'application d'un sinapisme au niveau des régions centrales des vaso-moteurs. Jamais, dit-il, l'eczéma ne se développe dans le point où le sinapisme a été placé. Le lieu d'élection varie : derrière les oreilles pour l'eczéma de la face ; sur la nuque pour la face et les avant-bras ; sur la région lombaire pour les organes génitaux et les jambes ; sur le trajet du nerf sciatique, quand une seule jambe est affectée. Dans beaucoup de cas, cette pratique a d'excellents effets, particulièrement au point de vue de la démangeaison ; et, parfois, la répétition judicieuse de la contre-stimulation amène une guérison permanente. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 janvier. — Présidence de M. Poʀ AILLON.

Sommaire : De l'autoplastie par la méthode italienne modifiée. — De l'emploi du catgut en chirurgie. — Luxation sans traumatisme appréciable des deux épaules à trois jours d'intervalle, réduction après huit semaines, guérison. — Modification à l'entérotome de Dupuytren.

©BIU Santé

— Présentation de pièce pathologique : double salpingite purulente, extirpation des deux trompes, guérison. — Présentation de malade : tumeur dermoïde de la queue du sourcil.

A l'occasion du procès-verbal, M. Kermisson déclare que, séduit par les résultats de M. Poncet, il a voulu suivre l'exemple de son collègue de Lyon. Il s'agissait d'un ulcère de la jambe consécutif à une brûlure ancienne. M. Kirmisson tenta la méthode autoplastique italienne modifiée; il emprunta un lambeau à la région fessière du côté malade.

Les choses allèrent bien jusqu'au onzième jour; mais, à ce moment, le lambeau prit une teinte livide et se gangrena dans plus de la moitié de son étendue.

Malgré les bons résultats dont il a été témoin, à Vienne, dans le service de M. Billroth, M. Kirmisson préfère l'autoplastie avec lambeau emprunté au membre du côté opposé. Enfin, dans les cas d'autoplastie des paupières, M. Kirmisson donne la préférence au procédé à lambeau détaché (procédé de M. Léon Le Fort) sur le procédé à lambeau laissé adhérent par son pédicule.

M. Berger, dans ses opérations d'autoplastie des paupières, a obtenu par le procédé à lambeau détaché des restaurations qui paraissaient d'abord très satisfaisantes. Malheureusement il a vu, au bout d'un certain temps, ces lambeaux se rétracter peu à peu et s'atrophier, si bien qu'il n'en restait finalement plus rien ou presque rien. M. Berger est alors revenu à la méthode italienne, qui lui paraît de beaucoup préférable au procédé de transplantation par greffe dermo-épidermique.

M. Le Dentu a pratiqué quatre fois le procédé du greffage; dans l'une de ces opérations, il a observé le sphacèle du lambeau. Dans les trois autres, il a eu de la rétraction, mais de peu d'importance. Pour éviter cet inconvénient, il convient de tailler des lambeaux plus grands que l'étendue de la surface avivée.

M. Le Fort, chez le malade qu'il a opéré par son procédé, n'a pas vu se produire de rétraction. Il estime que, pour la réussiste de l'opération, il convient de choisir, pour la taille du lambeau, une partie dont la peau ait la même texture que celle où le lambeau doit être appliqué.

M. Lucas-Championnière a essayé de recouvrir des ulcères rebelles avec de la peau absolument saine d'ailleurs, empruntée à des individus auxquels il venait de pratiquer l'amputation de la jambe. Tous ces lambeaux, ou à peu près tous, se sont atrophiés. Il en est arrivé à ne plus se servir que de lambeaux empruntés à l'individu lui-même.

— M. Monod, à l'occasion du procès-verbal, communique un travail de M. le docteur Kocher (de Berne), dans lequel ce chirurgien a cru devoir appeler l'attention sur les inconvénients de l'emploi du catgut dans les opérations chirurgicales. Il attribue à l'usage de ce moyen une série d'insuccès opératoires qu'il a éprouvés et qui ont été remplacés par une série de succès du moment où il s'est décidé à substituer au catgut les fils de soie au sublimé.

M. L.-Championnière pense que les insuccès opératoires de M. Kocher doivent être attribués à la mauvaise préparation du catgut dont ce chirurgien s'est servi. Les chirurgiens doivent préparer eux-mêmes leurs fils de catgut, ce qui n'est pas bien difficile, et, d'ailleurs, Paris est la ville du monde où l'on fait le meilleur catgut. M. Lister préfère le catgut et attribue aux fils de soie certains accidents opératoires.

M. Terrier déclare que le catgut n'expose à des accidents que lorsqu'il n'est pas suffisamment aseptique.

— M. Léon Le Fort communique une observation intitulée : *Luxation sans traumatisme appréciable des deux épaules à trois jours d'intervalle; réduction après huit semaines; guérison.*

Il s'agit d'un malade de 42 ans, ayant eu, vers l'âge de 17 à 18 ans, des accidents syphilitiques qui restèrent sans traitement sérieux pendant vingt-quatre ans.

Au commencement de novembre 1886, il aurait eu, au dire de ses amis, une attaque épileptiforme dont il n'a d'ailleurs conservé aucun souvenir.

Le 25 novembre, sans douleur ni gêne antérieures, le malade, étant dans son lit, se réveille avec une luxation de l'épaule gauche qu'un chirurgien, puis un médecin du voisinage ne parviennent pas à réduire. Trois jours après, le 28 novembre, dans les mêmes conditions que précédemment, se produit une luxation de l'épaule droite. Le même médecin du voisinage, qui avait été appelé la première fois, est mandé de nouveau; — après un simulacre de réduction, il affirme au malade que ses deux luxations sont réduites, lui met les deux bras en écharpe et l'envoie à Menton passer l'hiver.

Trois médecins de Menton, consultés par le malade, l'engagent à retourner à Paris et l'adressent à M. Le Fort, qui le voit pour la première fois dans les premiers jours de janvier 1887. En l'examinant, M. Le Fort constate qu'à droite et à gauche, il existe une luxation intra-coracoïdienne complète.

Le 12 janvier, il tente la réduction de la luxation de l'épaule gauche avec les mouffles et le dynamomètre. Cinq tentatives restent infructueuses. Faisant alors détacher les cordes, et plaçant à la racine du membre une serviette pliée en cravate avec laquelle un aide tire le haut de l'humérus en dehors, pendant que deux autres aides opèrent la traction et qu'avec la main gauche placée dans l'aisselle le chirurgien fait la propulsion, puis la bascule, M. Le Fort parvient à opérer la réduction complète.

La réduction de l'épaule droite est remise à huit jours, et réussit par le même procédé.

Jusqu'au 1er février, les deux bras restèrent croisés sur la poitrine et maintenus par une écharpe de Mayor.

Le 1er février, M. Le Fort appliqua au malade un appareil destiné à permettre des mouvements un peu étendus des bras en avant, à ne permettre qu'un léger mouvement d'abduction et à empêcher tout mouvement en arrière. En même temps, pour combattre une paralysie avec légère atrophie des deux deltoïdes, il fit usage de l'électricité.

Au mois de juin, la contractivité musculaire du deltoïde, du sus-épineux, du grand pectoral était devenue normale.

Le 1er mars, le malade commença à porter à chaque bras l'appareil de M. Léon Le Fort, en cuir moulé, articulé à l'épaule et destiné à prévenir la récidive des luxations; il peut dès lors couper sa viande, manger facilement de la main droite; les mouvements du bras gauche sont un peu plus difficiles.

A partir du mois de mai, M. Le Fort installe un appareil d'exercice pour faciliter les mouvements d'élévation directe et d'abduction.

Au commencement de juillet, le malade cesse tout traitement mécanique et abandonne les appareils de soutien.

Dès les premiers jours, d'ailleurs, en raison des accidents syphilitiques antérieurs, cause possible d'une syphilis cérébrale à manifestations épileptiformes, le sirop de Gibert avait été prescrit, auquel on joignait, le soir, du bromure de potassium destiné à combattre des insomnies persistantes.

Au bout de quatre mois de ce traitement, la santé générale paraissait tout à fait rétablie.

M. Léon Le Fort croit devoir attirer l'attention sur les points les plus dignes d'intérêt de cette observation. Il signale la rareté des cas de double luxation de l'épaule effectuée ainsi à quelques jours d'intervalle et sans traumatisme évident. On peut supposer, en raison de l'attaque épileptiforme constatée par les amis du malade, que l'une et l'autre luxation, survenues à trois nuits d'intervalle, ont été occasionnées par une attaque nocturne dont le malade n'a pas eu conscience. Or, à ce point de vue, le cas mérite attention, car cette cause de luxation a été fort peu constatée pour des luxations non récidivées de l'épaule.

En ce qui concerne les particularités de la réduction dans le cas dont il s'agit, M. Le Fort pense que, dans la réduction des luxations anciennes de l'épaule, comme de celles du coude, il faut, à l'aide des mouffles ou de l'appareil de Jarvis, exercer de fortes tractions, exécuter des mouvements qui détruisent les adhérences et mobilisent l'os luxé. Mais, une fois cet effet obtenu, il convient d'abandonner les mouffles et l'appareil, afin de ne pas reproduire, par l'excès de tension des muscles, les obstacles que

©BIU Santé

crée à l'état de veille la contraction musculaire, et d'agir par des tractions modérées et par les procédés généralement en usage pour les luxations récentes.

— M. Verneuil fait une communication sur une modification qu'il a imaginée dans l'appareil instrumental de l'opération de l'anus contre nature.

En 1876, ayant à opérer un anus iléo-vaginal, il fut frappé des difficultés qu'il éprouvait à placer l'entérotome de Dupuytren pour la section de l'éperon. Il conseille l'emploi de la simple pince à pansements, qui est dans toutes les trousses. Voici comment procède M. Verneuil : Le plus souvent, on ne voit pas l'éperon, on le sent. M. Verneuil glisse le long de son doigt une pince hémostatique à l'aide de laquelle, en tâtonnant un peu, il saisit l'éperon soulevé avec le doigt; une deuxième pince hémostatique est introduite de la même manière et saisit également l'éperon, qui est ainsi solidement fixé. Confiant alors les pinces à un aide, il fait pratiquer des tractions qui amènent l'éperon sous l'œil du chirurgien, qui l'incise alors avec la plus grande facilité et dans l'étendue jugée nécessaire. On ne prend ainsi de l'éperon que ce que l'on veut.

M. Verneuil met sous les yeux de ses collègues une pince à entérotomie construite, sur ses indications, par M. Collin, et qui peut servir à cette opération. Cette modification de l'appareil instrumental, un peu compliqué et si défectueux, en usage dans l'opération de l'anus contre nature, fait partie de l'ensemble des procédés de simplification que M. Verneuil ne cesse de poursuivre dans la pratique de la médecine opératoire.

— M. L.-Championnière présente une pièce pathologique constituée par une double salpingite suppurée. Il ne croit pas que l'on ait observé jusqu'à ce jour des trompes de ce volume. L'une contenait jusqu'à 1,200 grammes de pus, l'autre en contenai 1,000 grammes. L'extirpation a été pratiquée après ponction préalable. L'opérée peut être considérée, dès maintenant, comme guérie.

— M. Larger présente un malade atteint de tumeur dermoïde de la queue du sourcil, consécutive à une chute sur l'orbite. — A. T.

VARIÉTÉS

CONFÉRENCES DE L'ASSOCIATION FRANÇAISE POUR L'AVANCEMENT DES SCIENCES.

L'Association française a inauguré samedi dernier la série annuelle de ses conférences hebdomadaires dans le nouvel *Hôtel des Sociétés savantes*, 28, rue Serpente.

Comme l'a rappelé son président, M. le colonel Laussedat, dans son discours d'introduction, l'Association avait été heureuse, les années précédentes, de recevoir l'hospitalité dans les salles de la Sorbonne; mais, tout en conservant une profonde reconnaissance envers ceux qui l'ont si gracieusement accueillie, elle se félicite toutefois beaucoup aujourd'hui de pouvoir, grâce à l'augmentation progressive de ses ressources, entrer dans ses meubles.

Le bureau actuel de l'Association et en particulier son secrétaire, M. Gariel, dont le zèle est infatigable, et son architecte, M. Delmas, ont fait de véritables prodiges d'activité pour transformer la cour humide et salpêtrée et les pièces voisines, devenues sordides par un long abandon, en une salle de conférences, qui n'est pas encore élégante, parce que sa mue n'est pas achevée, mais qui est très convenable telle qu'elle est, et qui a pu recevoir samedi plus de 500 auditeurs. Nous sommes heureux de joindre nos sincères félicitations à celles qui leur ont été adressées par les membres de l'Association, et qui seront pour eux autant d'encouragements à mener leur œuvre à bonne fin.

M. Verneuil a commencé la série de ces conférences par l'exposé de ses recherches sur la nature infectieuse et l'origine équine du tétanos. C'est le résumé des articles intéressants qui sont en cours de publication dans la *Revue de chirurgie*.

Le sujet était assez difficile à traiter devant un auditoire composé surtout de gens du monde, de dames et voire même de demoiselles. Est-il besoin de dire que M. Verneuil a mis tout son esprit au service de sa cause, et qu'il a su, pendant près d'une heure et demie, exciter et retenir l'attention de ses auditeurs. Pour parler de la castration,

©BIU Santé

opération qui est si souvent suivie de tétanos chez les animaux, il eut recours à une heureuse périphrase : « *Maxima debetur puellis reverentia,* dit-il. C'est pourquoi je qualifierai cette opération en disant qu'elle transforme les béliers en moutons, les taureaux en bœufs, les étalons en chevaux hongres, et je l'appellerai opération de métamorphose. » Je dois dire que les demoiselles de l'assistance ont eu parfaitement l'air de ne rien comprendre à la phrase de l'orateur, que les auditeurs ont saluée de leurs applaudissements. Très applaudie encore, la phrase consacrée à M. Pasteur, « pour rendre hommage à cet homme éminent, que le dénigrement de quelques petits esprits ne pourra jamais atteindre, et qui n'en restera pas moins une des gloires les plus éclatantes de la science française ».

Si l'assistance n'a pas été entièrement convaincue de l'origine équine du tétanos, on peut dire du moins que la démonstration faite par M. Verneuil de cette théorie ne laisse plus guère maintenant à désirer. — P.

FORMULAIRE

SAVON MERCURIEL. — Schuster.

Mercure axonge, savon blanc de potasse, parties égales. — Faites fondre à une douce chaleur, et ajoutez quantité suffisante de solution d'hydrate de potasse, pour obtenir un savon bien neutre. — Le savon mercuriel mou est destiné à remplacer l'onguent mercuriel, dans le traitement des affections syphilitiques. On l'emploie pour frictions sans addition d'eau; la durée de la friction est de dix à quinze minutes, et on a moins de chances qu'avec l'onguent mercuriel de provoquer un eczéma artificiel. Le linge n'est point sali, et le passage du mercure dans l'organisme est plus sûr et plus abondant, que quand on se sert de l'onguent napolitain. On ne l'emploie point sur les régions couvertes de poils. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

FIÈVRE TYPHOÏDE. — Dans les trois derniers mois de l'année écoulée, dit le *Medical Record* du 31 décembre 1887, on a compté deux mille cas de fièvre typhoïde à Pittsburg (ville de 150,000 habitants, en Pensylvanie). Des études récentes du comité du *Board of Health* (conseil sanitaire) ont démontré que l'eau en usage comme eau potable dans cette ville est souillée de matière organique dans des proportions dangereuses.

MALADIES DU CŒUR. — Un fait intéressant et qui devrait donner lieu à des études sérieuses est rapporté par le *Med. Rec.*, du 31 décembre 1887 : Les décès par maladie du cœur sont six fois plus fréquents à Boston en ce moment que pendant les trente-cinq années précédentes. — R.

— Passant en revue les médecins morts pendant l'année 1887, la *Deutsche med. Wochenschrift* du 5 janvier cite parmi les médecins français : Vulpian, Béclard, Gosselin, Giraud-Teulon et Méhu.

Elle mentionne parmi les médecins austro-hongrois : l'anatomiste Langer (de Vienne); Schott, professeur d'anatomo-pathologie; Dietl (d'Innsbruck); Hanmernick (de Prague); Aranyi (de Buda-Pesth).

L'Angleterre a perdu : Quain, Wilson Fox, sir G. Burrows, Alfred Meadows, l'ancien président de la British gynecological Society; Watson (de Glascow) et Alexander Gordon (de Belfast).

Aux Etats-Unis, elle rappelle la mort d'Alonzo Clark (de New-York) et celle de Jewel, professeur de neuropathologie à Chicago.

Citons enfin, pour la Hollande, Thomas Simon et Ranke; pour la Norwège, l'anatomiste Jansen (de Christiania); enfin, pour la Russie, Mering, professeur de pathologie spéciale à Kiew.

©BIU Santé

Berlin. — Le 1er janvier dernier a été ouverte, à l'établissement pénitentiaire de Moabit (prison cellulaire), une section de maladies mentales confiée au docteur Wulffert, médecin aliéniste des provinces rhénanes.

— La nomination à la direction de la polyclinique reste toujours en souffrance depuis la mort de Joseph Meyer. Ce retard serait, assure-t-on, causé par un projet de la Faculté modifiant l'organisation actuelle de la polyclinique et confiant la direction aux deux directeurs des cliniques médicales.

Cet établissement a été fondé par Hufeland en 1810, à l'occasion du retour de Frédéric-Guillaume III. Les principaux directeurs ont été Osann, Romberg, Griesinger et Meyer; c'est surtout depuis 1882, c'est-à-dire depuis son transfert de la rue Ziegelstrasse à la rue Dorothée, que la polyclinique a pris une grande importance. Son budget est de 12,600 marks. Elle comptait, en 1885, plus de 14,398 malades, dont 5,362 hommes, 5,031 femmes et 3,805 enfants. — Ch. S.

COURRIER

MM. es élèves nternes et externes en médecine et en chirurgie actuellement en fonctions, ainsi que 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 hospitaliers de l'administration de l'Assistance publique, pour l'année 1888. En conséquence, ils 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.

Ces cartes sont délivrées :

1° A MM. les élèves internes des deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 24 janvier, à deux heures, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3;

2° A MM. les élèves internes de première année, et à MM. les internes provisoires, le mercredi 25 janvier, à une heure et demie;

3° A MM. les élèves externes de deuxième et de troisième années, le jeudi 26 janvier, à une heure;

4° A MM. les élèves externes de première année; première moitié de la liste, le vendredi 27 janvier, à une heure; deuxième moitié de la liste, le samedi 28 janvier à une heure.

— M. Joseph Denicker, docteur ès sciences naturelles, pourvu du certificat d'aptitude aux fonctions de bibliothécaire universitaire, est nommé bibliothécaire au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Desnoyers, décédé.

Société médico-pratique. — Le deuxième lundi de janvier 1889, la Société médico-pratique décernera un prix de six cents 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 franco avant le 1er novembre 1888 au secrétaire général de la Société, docteur Cyr, 21, rue Cambacérès.

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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte**, **gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Jaccoud : Traitement de la fièvre typhoïde. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — III. Variétés. — IV. Courrier. — V. Analyse du Lait d'Arcy.

Clinique de la Pitié. — M. le professeur Jaccoud.

Traitement de la fièvre typhoïde.

Le traitement qu'il convient de faire suivre aux malades atteints de fièvre typhoïde est assez complexe. Les moyens dont il se compose forment deux parties distinctes : l'une constante, uniforme, devenue presque classique et à peu près universellement suivie; l'autre variable, dont les indications, assez mal connues, méritent d'être sérieusement établies.

La partie constante du traitement se compose d'abord du *régime*, lequel a le lait pour agent fondamental. Un des dangers invariables de la fièvre typhoïde est une insuffisance urinaire qui porte à la fois sur la quantité et sur les qualités du liquide : par l'administration précoce et suivie du lait, on combat efficacement ce danger, on remédie à l'insuffisance quantitative et qualitative de l'urine, on assure la diurèse en même temps que l'élimination des produits excrémentitiels dont l'accumulation dans l'économie est redoutable. Il faut donc, dès les premiers jours, faire prendre 1 litre à 1 litre 1/2 de lait, et arriver à 2 litres au bout de trois à quatre jours. Ces doses sont, du reste, facilement acceptées en général par les malades, même par ceux qui, dans l'état de santé, ont pour le lait un goût très modéré.

Le régime peut être complété par un peu de bouillon. En tout cas, il est bon de faire prendre, par jour, 250 grammes environ de vin de Bordeaux, pur ou coupé d'eau, peu importe, pourvu que cette ration de vin soit bue dans les vingt-quatre heures.

Puis vient la *médication antithermique*, qu'il faut bien se garder de confondre avec la *médication antipyrétique;* les deux termes sont loin d'être synonymes. La première médication agit en activant la déperdition de la chaleur, en soustrayant à l'organisme le calorique produit; la seconde agit, ou prétend agir, en modérant la production de la chaleur. Or, dans le traitement constant, applicable à tous les cas de fièvre typhoïde, ce n'est pas de médication antipyrétique qu'il s'agit, mais bien de médication antithermique, dont les lotions froides sont le meilleur agent. Donc, dès que le diagnostic de la maladie est établi, il faut prescrire les lotions froides, faites sur toute la surface du corps, et rendues plus efficaces par l'emploi du vinaigre remplaçant l'eau pure. Elles doivent être répétées 4 fois par jour, si la température du malade ne dépasse pas 39 degrés; 6 fois, si elle atteint 39 degrés 1/2; 8 fois, au delà de ce chiffre. Elles doivent être invariablement continuées jusqu'à ce que la convalescence soit franchement établie.

Après chaque lotion, on constate un abaissement de la température, qui varie entre 0,7 et 1 degré, et qui dure d'une demi-heure à une heure et demie : rarement il se prolonge au delà de trois quarts d'heure. On n'obtient donc ainsi qu'une réfrigération temporaire du corps; mais comme elle se répète plusieurs fois chaque jour, et qu'elle constitue autant de périodes de détente, de repos pour l'organisme, elle n'en est pas moins d'un grand secours pour lui.

©BIU Santé

Parfois, il arrive qu'après avoir usé des lotions froides pendant un jour ou deux, on voit s'abaisser manifestement le niveau général de la courbe thermométrique; dans ces cas particulièrement heureux, elles modèrent la production de la chaleur en même temps qu'elles en activent la déperdition, elles agissent à titre d'antipyrétiques aussi bien que d'antithermiques. Mais il ne faut pas compter sur cette réfrigération permanente, qui est tout à fait exceptionnelle; ce que donnent habituellement les lotions froides, c'est une réfrigération temporaire, la seule qu'on ait intérêt à obtenir en général.

En même temps que la médication antithermique, et non moins constamment qu'elle, il faut employer la *médication stimulante*, ayant l'alcool pour base. Aussitôt que la maladie est reconnue, on administre l'alcool (rhum ou cognac, suivant les goûts individuels) à la dose de 40 à 80 gram. par jour, proportionnée à l'âge et à l'état du malade. Le meilleur mode d'administration est la potion cordiale qui, en plus de l'eau-de-vie ou du rhum, renferme de la teinture de cannelle et 3 à 4 grammes d'extrait de quinquina. Si la cannelle et le quinquina répugnent au malade, on se borne à incorporer l'alcool dans un simple julep; mais la potion cordiale complète est préférable en principe. Si, malgré tout, l'adynamie reste menaçante, on ajoute à la potion 4 à 6 grammes d'acétate d'ammoniaque; ces divers éléments s'allient parfaitement les uns aux autres.

Enfin, si les phénomènes thoraciques sont intenses, si le catarrhe bronchique est très prononcé, on les combat en faisant appliquer, matin et soir, 40 ventouses sèches sur les membres inférieurs, et répétant cette application six, huit, dix jours de suite; mais on n'a recours aux ventouses que si les signes de congestion pulmonaire sont très accusés; on en cesse l'usage quand ces signes ont disparu.

En résumé, le lait, le vin, les lotions vinaigrées, la potion alcoolique, voilà les moyens qu'il faut constamment employer dès le début et pendant toute la durée de la fièvre typhoïde. Dans beaucoup de cas, il n'y a pas autre chose à faire pour secourir le malade; dans certains autres, il faut employer quelques moyens supplémentaires, qui forment la partie variable de la thérapeutique.

En quoi consiste cette variabilité du traitement? Ce n'est pas, ce n'est jamais dans une modification quelconque apportée à celui qui précède et qui reste immuable. C'est dans l'intervention de la médication antipyrétique surajoutée aux précédentes, c'est dans l'addition de la quinine ou de l'acide salicylique aux médications précédemment énumérées, dont l'emploi se continue malgré tout. Un autre accessoire qui doit prendre place à côté des deux premiers, c'est la digitale.

Dans quels cas convient-il d'ajouter la quinine ou l'acide salicylique au traitement fondamental de la fièvre typhoïde? Ces médicaments étant uniquement antipyrétiques, s'adressant exclusivement à la fièvre, il est indiqué d'y avoir recours toutes les fois que l'observation de deux ou trois jours consécutifs prouve que, malgré l'emploi des lotions froides, la fièvre reste grave en soi, par elle-même.

Mais comment juger que la fièvre est grave en soi, et doit être combattue par un des agents qui influencent les centres calorigènes en modérant leur activité? Il ne faut pas croire que toute fièvre dont le chiffre vespéral est notablement élevé soit forcément grave. D'abord, un seul chiffre ne signifie absolument rien : c'est une observation sans valeur au point de vue dont il

CDIU Santé

s'agit. Si même la température se maintient autour de 40 à 41 degrés pendant plusieurs jours, c'est encore une constatation insuffisante pour apprécier le caractère de gravité de la fièvre; car il peut arriver qu'une série de chiffres oscillant entre 39 1/2 et 40 degrés soit plus grave qu'une série de 40 à 41 degrés, si, dans la première, les oscillations sont presque insensibles, marquées par des rémissions peu appréciables comparativement à celles de la seconde série.

L'unique *criterium* se trouve dans les rémissions du matin; quand l'écart est assez grand entre les chiffres vespéraux et matutinaux, l'organisme a une période de repos plus longue et plus bienfaisante que quand la ligne thermométrique est en plateau. Quand donc ces rémissions sont-elles suffisantes pour que la fièvre ne présente pas par elle-même de gravité? Quand elles sont au moins égales aux oscillations diurnes de la température physiologique, oscillations qui atteignent, on le sait, 0,8 à 1 degré. Lorsque les rémissions de la fièvre arrivent à ce dernier chiffre, le tracé ressemble exactement à la courbe qui représente la température physiologique, sauf qu'il est transporté sur un degré plus élevé de l'échelle thermométrique; dans ce cas, la fièvre n'est pas grave en soi, il n'est pas nécessaire de la combattre autrement que par le traitement fondamental. Lorsqu'au contraire, les rémissions du matin ne dépassent pas 0,5 de degré, que la ligne est en plateau, la fièvre est grave par elle-même, le malade est en danger du fait de la fièvre; c'est le cas d'ajouter au traitement fondamental la quinine ou l'acide salicylique.

La quinine est d'un usage plus général que l'acide salicylique, non que la première possède une grande supériorité d'action, mais parce que le second a un plus grand nombre de contre-indications. Ainsi la *quinine* est l'agent principal de la médication accessoire dans la fièvre typhoïde. Mais il ne faut jamais l'administrer pendant plus de trois jours de suite.

Le premier jour, on donne la dose maxima, par exemple 2 grammes de bibromhydrate (ce qui équivaut à 1 gramme de sulfate), ce sel étant mieux supporté que le sulfate, et ayant l'avantage de mettre en liberté dans l'organisme une portion de brome qui agit comme sédatif sur les phénomènes nerveux. Les 2 grammes se divisent en quatre cachets de 50 centigrammes : la dose totale doit être prise dans l'espace de trois quarts d'heure, d'une heure au plus, parce que l'élimination de la quinine est tellement rapide que, si on en fractionne et éloigne les prises, on n'obtient à aucun moment d'action sensible sur la fièvre, ce qui a fait dire bien à tort, par les expérimentateurs non prévenus de cette particularité, que le médicament n'agissait pas.

Le second jour, on donne une dose moindre, 1 gramme 50; le troisième jour, 1 gramme seulement. Puis on suspend complètement la médication pendant deux ou trois jours; après ce repos, on la recommence s'il y a lieu.

C'est sept à huit heures avant l'apparition de la température qu'on veut modifier, qu'il convient d'administrer la quinine, tantôt le soir, tantôt le matin, suivant les particularités de la courbe. Sans doute, ses effets sont bien plus marqués quand on veut agir sur la température du matin que quand on cherche à influencer celle du soir, parce que, dans le premier cas, l'action thérapeutique s'ajoute au mouvement naturel de dépression thermométrique qui se manifeste aux premières heures du jour, tandis que, dans le second, le médicament agit en sens inverse de la nature, qui tend à augmenter la fièvre le soir.

©BIU Santé

C'est pourquoi Liebermeister donne toujours la quinine dans la soirée, pour en obtenir le plus grand profit possible vers le matin; M. Jaccoud considère cette méthode comme trop exclusive : si c'est la température du soir dont l'élévation le préoccupe, il agit en conséquence; de même pour la température du matin.

Les doses, les heures et procédés d'administration de l'*acide salicylique* sont exactement les mêmes que pour la quinine. Il a sur celle-ci quelques avantages qui sembleraient devoir le faire préférer.

D'abord son action sur la température est au moins égale, peut-être supérieure, à celle de la quinine. Puis il a une influence utile sur la diurèse; s'éliminant en partie sous forme d'acide salicylurique, il facilite l'élimination des déchets azotés de l'organisme; il est vrai que cet avantage est presque négligeable si l'on a mis le malade au lait, qui suffit à cette tâche d'épuration.

En troisième lieu, il a une action antiseptique bien supérieure à celle de la quinine. Mais on est rarement libre d'user à volonté de l'un ou de l'autre médicament, l'emploi de l'acide salicylique étant formellement contre-indiqué par la faiblesse du cœur, par les troubles de fonctionnement des reins, par les manifestations cérébrales intenses, toutes complications fréquentes dans la fièvre typhoïde, ainsi que par l'alcoolisme. Une autre contre-indication se trouve dans l'intensité des phénomènes thoraciques; car, en pareil cas, le cœur est déjà compromis, ce serait vouloir augmenter sa faiblesse que d'administrer l'acide salicylique.

En somme, celui-ci peut et doit être donné de préférence quand aucun des états précédents n'existe; dans le cas contraire, c'est à la quinine qu'il faut avoir recours.

Il reste à mentionner une dernière addition possible aux médications qui précèdent : c'est l'emploi de la *digitale*. Souvent dans le cours des fièvres typhoïdes graves, particulièrement vers la fin du second septenaire, l'action du cœur devient insuffisante, ce qui se traduit par la petitesse, l'état misérable du pouls, et surtout par la faiblesse d'impulsion de l'organe central de la circulation, ainsi que par l'affaiblissement de ses bruits, principalement du premier, qui peut être presque éteint.

Cette défaillance cardiaque, qui peut se produire par pure insuffisance fonctionnelle, sans péricardite ni endocardite, constitue un accident très grave, d'autant plus qu'il est insidieux, qu'il demande à être recherché avec soin; si on en ignore la possibilité, on perd des malades qui auraient pu être sauvés. En pareil cas, il faut renoncer à la quinine comme à l'acide salicylique, et, tout en continuant le traitement fondamental, donner la digitale pendant deux à trois jours de suite, y revenir même après un ou deux jours de repos.

L'infusion de digitale est le meilleur mode d'administration; il est rarement indiqué d'en faire prendre plus de 60 centigrammes, encore cette dose est celle du premier jour seulement; celle du second jour est de 40 centigrammes, de même pour le troisième.

Tel est le traitement de la fièvre typhoïde, comme le conçoit et l'applique le professeur Jaccoud. On voit qu'il n'indique ni moyens antidiarrhéiques, ni agents désinfectants de l'intestin. C'est que, loin de combattre jamais la diarrhée, il la provoque quand elle n'existe pas; en effet, le processus typhoïde a sa source dans l'intestin; là pullulent des agents pathogènes qui sont nuisibles par eux-mêmes ou par leurs produits, et qui, résorbés, em-

poisonnent le malade; il est clair que cette résorption serait augmentée par l'absence de selles.

Quant à l'antisepsie intestinale, M. Jaccoud n'en est pas partisan. Il cherche d'abord, sans les voir, les avantages qu'il y aurait à désinfecter les matières contenues dans l'intestin si ces matières sont constamment évacuées au dehors avec les selles, sans séjourner dans le tube digestif.

Il remarque ensuite que le principal danger vient de la présence d'agents pathogènes dans les ganglions mésentériques, la rate, et autres foyers d'infection où l'antisepsie intestinale ne peut avoir aucune action.

En troisième lieu, le naphtol, le principal agent de cette méthode, a le grave inconvénient de produire souvent la constipation, qui est une source de sérieux accidents.

Enfin il n'existe pas encore de séries d'observations qui prouvent que la durée et la mortalité de la maladie sont diminuées par l'application de l'antisepsie intestinale. Jusqu'ici donc il convient de faire sur celle-ci les plus grandes réserves, et de s'en tenir, jusqu'à ce qu'elle ait fait ses preuves, à un ensemble de moyens que l'expérience a montrés capables d'amener la guérison dans une proportion sensiblement égale à 90 p. 100 des cas ainsi traités.

P. D.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Hanriot, qui se porte candidat pour la place vacante dans la section de physique et de chimie;

2° Une lettre de M. le docteur Bertrand, qui dépose un pli cacheté renfermant les conclusions de ses recherches bactériologiques et chimiques relatives à la dysenterie épidémique;

3° Une lettre de M. Mathis, chef des travaux chimiques de l'Ecole vétérinaire de Lyon, sur la dysenterie des jeunes chiens;

4° Une lettre de M. le docteur Batailloulouux, de Pirou (Manche), sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les pulvérisations d'eau sulfureuse. (Comm. M. Dujardin-Beaumetz;

5° Une observation de M. le docteur Stoffel, relative à un cas de tumeur de la région latérale du cou. (Comm. : MM. Siredey, Le Fort)

— M. Mathias Duval présente un volume intitulé : *Mémoires d'anthropologie*, par Paul Broca. Tome V, publié avec une introduction et des notes par M. le docteur S. Pozzi.

M. Hayem présente, de la part de M. le docteur Assaky (de Bucharest), un travail intitulé : *De l'iodol.*

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux correspondants nationaux (4e division).

Classement des candidats : En première ligne, M. Moitessier; en deuxième ligne, M. Engel; en troisième ligne, M. Barnsby; en quatrième ligne, M. Charpentier; en cinquième ligne, M. Soubeiran; en sixième ligne, M. Lacour-Eymard.

MM. Moitessier et Engel sont élus.

— M. Auguste Ollivier donne lecture des nouvelles modifications apportées par la section d'hygiène à l'instruction qui fixe la durée de l'isolement imposé aux élèves des

©BIU Santé

lycées atteints de maladies contagieuses. La section estime qu'il convient d'ajouter la coqueluche aux maladies visées dans le rapport de 1881.

Voici le règlement soumis par la section à l'approbation de l'Académie :

1° Les élèves atteints de la varicelle, de la variole, de la scarlatine, de la rougeole, des oreillons, de la diphthérie ou de la coqueluche, seront strictement isolés de leurs camarades.

2° La durée de l'isolement sera comptée à partir du début de la maladie (premier jour de l'invasion) ; elle sera de quarante jours pour la variole, la scarlatine et la diphthérie, de vingt-cinq jours pour la varicelle, la rougeole et les oreillons. En ce qui concerne la coqueluche, dont la durée est extrêmement variable, on ne devra autoriser la rentrée que trente jours après la disparition absolue des quintes caractéristiques.

3° L'isolement cessera seulement lorsque le convalescent aura pris deux ou trois bains savonneux et aura été soumis à autant de frictions générales, portant même sur le cuir chevelu ;

4° Les vêtements que l'élève avait au moment où il est tombé malade devront être passés dans une étuve à vapeur sous pression ou soumis à des fumigations sulfureuses, puis bien nettoyés ;

5° La chambre qui avait été occupée par le malade devra être bien aérée ; ses parois et les meubles seront rigoureusement désinfectés ; les objets de literie seront passés dans l'étuve à vapeur sous pression ; enfin les matelas, préalablement défaits, seront soumis au même traitement ;

6° Dans aucun cas, l'élève qui aura été atteint, en dehors d'un établissement d'instruction publique, de l'une des maladies contagieuses énumérées daus ce rapport, ne pourra être réintégré que muni d'un certificat de médecin constatant la nature de la maladie et les délais écoulés, et attestant que cet élève a satisfait aux prescriptions ci-dessus énoncées. Enfin la réception de l'élève restera toujours subordonnée à un examen du médecin de l'établissement.

— M. Dujardin-Beaumetz a la parole pour présenter quelques observations au sujet de la communication, faite dans la dernière séance par M. Germain Sée, sur la thérapeutique des maladies de l'estomac.

Il estime, contrairement à l'assertion de M. Sée, que les médecins français, en particulier MM. Armand Gautier et Bouchard, ont apporté des éléments bien plus importants que cette étroite question de l'étude chimique du suc gastrique dans laquelle se sont limités les médecins d'outre-Rhin.

En outre des travaux de MM. Armand Gautier, Bouchard, Laborde, il y a lieu d'indiquer ceux de M. Debove, qui a appelé l'attention sur l'utilité de l'étude du suc gastrique dans les maladies de l'estomac, et ceux de M. Quinquaud, qui emploie plus particulièrement la phtaléine pour juger la nature de l'acidité gastrique et qui joint à cet examen du suc gastrique celui des urines et du sang.

M. Dujardin-Beaumetz, lui-même, n'a cessé, depuis cinq ans, de s'occuper de cette question de l'étude chimique du suc gastrique. En 1884, il a présenté à la Société des hôpitaux quelques considérations sur le diagnostic des cancers de l'estomac à l'aide de l'étude du suc gastrique, et a montré un explorateur, qu'il a fait construire par M. Galante, pour recueillir le suc gastrique.

Depuis, il n'a cessé de s'occuper de cette question.

Quant aux études faites par les auteurs allemands, il estime que c'est à tort que ces auteurs ont considéré l'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac comme un symptôme exclusif du cancer de cet organe. Comme l'a dit M. G. Sée, cette absence de l'acide chlorhydrique libre a été constatée dans bon nombre d'affections autres que le cancer; par exemple, dans la dilatation de l'estomac et dans un grand nombre d'affections cachectiques. Réciproquement, on trouve, dans certains cas de cancer de l'estomac, de l'acide chlorhydrique libre dans le suc gastrique et cela jusqu'à la mort du malade.

Le diagnostic des cancers de l'estomac reste donc encore, malgré ces recherches, un problème clinique obscur, et l'étude chimique du suc gastrique, à ce point de vue, paraît

©BIU Santé

à M. Dujardin-Beaumetz avoir fait naître de grandes illusions sur la valeur exacte de ce signe.

La présence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique du même individu subit, en effet, des variations nombreuses, et l'on trouve, chez le même malade, tantôt une acidité exagérée, tantôt une disparition presque complète de cet acide. Les causes de ces différences sont, en dehors de la digestion, les fonctions de la peau (sueurs abondantes), celles des reins, les perturbations nerveuses; chez les femmes, l'apparition des règles, etc. Il y a donc lieu de craindre que la chlorhydrothérapie ne repose sur des bases fragiles.

M. G. Sée veut que les dyspepsies gastro-intestinales ne soient que des opérations chimiques défectueuses. C'est là restreindre beaucoup le terme *dyspepsie*, et M. Beaumetz pense que toutes les perturbations apportées au fonctionnement du tube digestif, qu'il s'agisse de sa muqueuse ou de sa tunique musculaire, doivent rentrer dans le groupe des dyspepsies. Le rôle si important que le professeur Bouchard et son école ont fait jouer à la dilatation de l'estomac donne raison, dans une certaine mesure, à l'opinion que toutes les parties constituantes de l'estomac peuvent concourir aux troubles fonctionnels de l'organe.

D'ailleurs, pour sa part, M. Beaumetz croit que le mot dyspepsie doit disparaître et ne doit plus constituer qu'un symptôme au même titre que le vomissement, par exemple, et qu'il faut abandonner cette conception toute théorique d'une entité morbide appelée dyspepsie.

On devra donc s'efforcer, dorénavant, d'établir les signes cliniques de chacune des affections de l'estomac dans le cours desquelles la dyspepsie peut se montrer, mais à titre absolument secondaire.

M. Germain Sée croit devoir rappeler de nouveau la phrase qu'il a écrite en 1881 : « La dyspepsie sera chimique ou elle ne sera pas. » Les Allemands, à l'exemple de M. Germain Sée, ont continué et développé l'étude chimique du suc gastrique.

Malgré les objections de M. D.-Beaumetz, M. Sée estime que le réactif dont il a été question est excellent quand il s'agit de faire la distinction entre l'acide chlorhydrique, qui est l'élément essentiel du suc gastrique, et les autres acides : lactique, acétique, butyrique, etc., qui ont une signification nulle ou fâcheuse.

M. G. Sée maintient la distinction entre la dyspepsie proprement dite et les autres phénomènes morbides qui n'ont que la valeur de symptômes des diverses affections de l'estomac. Il pense que, dans ces maladies, l'élément nerveux joue un grand rôle; tels sont, par exemple, les spasmes, d'une part, l'atonie, de l'autre, à laquelle il faut rattacher la dilatation de l'estomac si bien étudiée et mise en relief par M. Bouchard.

M. Sée maintient également, mais non exclusivement, la signification et la diminution de l'acide chlorhydrique dans l'estomac, comme signe du cancer de cet organe. Il ne saurait admettre, enfin, avec M. C. Paul, que la diminution de l'urée soit un signe important de cette maladie, puisque, d'une part, chez certains cancéreux avérés, l'urée a été trouvée normale et que, d'autre part, la diminution de ce principe a été dûment constatée, dans les maladies autres que le cancer. C'est, en particulier, dans les affections du foie que l'on observe la diminution de l'urée, à moins, d'ailleurs, que l'alimentation ne continue de se faire normalement, auquel cas ce signe manque complètement; car la principale cause de la diminution de l'urée dépend de la cachexie et de l'inanitiation.

M. C. Paul fait observer de nouveau que la diminution de l'urée se rencontre très fréquemment dans le cancer de l'estomac.

M. Laborde ne veut pas laisser dire que l'acide lactique ne joue aucun rôle dans les phénomènes normaux de la digestion; il croit devoir rappeler que ses recherches personnelles ont démontré, au contraire, que l'acide lactique est le véritable aide du suc gastrique physiologique, rôle que l'on a voulu à tort donner à l'acide chlorhydrique.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur le traitement du furoncle et de l'anthrax.

M. Le Roy de Méricourt, tout en admettant les bons effets du traitement préconisé

©BIU Santé

dans la dernière séance par M. Verneuil contre le furoncle et l'anthrax, ne pense pas que les pulvérisations phéniquées agissent à titre d'agent destructeur des microbes. Les heureux résultats des pulvérisations phéniquées seraient dus plutôt, suivant lui, à l'action calmante de cette sorte de rosée bienfaisante, ou de *spray*, que la vapeur phéniquée fait tomber sur la partie malade. Un de ses collègues de la marine, M. le docteur Planchon, a obtenu les mêmes résultats dans un cas d'anthrax volumineux, par des simples applications de compresses imbibées d'eau chaude.

M. Le Roy de Méricourt a, d'ailleurs, de la peine à admettre l'origine microbienne de l'anthrax, ayant eu plus d'une fois l'occasion de voir cette maladie se manifester, chez des individus très bien portants d'ailleurs, soit à la suite d'un violent chagrin, soit à la suite de l'exposition de la peau à une température très élevée.

M. Maurice Perrin a renoncé depuis bien des années déjà, et cela d'une manière complète, à l'emploi du fer et du feu dans le traitement du furoncle et de l'anthrax; il s'en tient à l'usage à peu près exclusif de la balnéation prolongée qui lui a toujours procuré les meilleurs résultats dans une foule de cas d'anthrax, de furoncles, de panaris, etc., montrant ainsi l'inanité de la doctrine qui prétend donner à l'anthrax une origine parasitaire.

M. Léon Le Fort estime qu'il y a lieu de distinguer, dans le traitement préconisé par M. Verneuil, plusieurs éléments : la disparition rapide des douleurs et l'avortement de la maladie. Le premier élément serait, d'après M. Le Fort, sous la dépendance de l'action anesthésique produite par l'acide phénique, effet connu de tous les chirurgiens.

Quant à l'avortement de l'anthrax et du furoncle, M. Le Fort ne croit pas que le procédé indiqué par M. Verneuil le réalise d'une manière certaine. Il préfère comme moyen abortif, qui lui a toujours réussi, l'introduction de la pointe d'une lancette ou d'un bistouri, dans le centre même du furoncle ou de l'anthrax, tout à fait au début de la maladie.

M. Laborde appelle l'attention de ses collègues sur un côté de la question qui a été tout à fait négligé dans cette discussion, à savoir l'action physiologique de l'acide phénique. Cet acide, en effet, n'agit pas seulement en qualité de substance antiseptique, mais encore par son action sur les petits vaisseaux dont il provoque la contraction, amenant, par suite, la diminution et la disparition graduelles de la congestion et de l'inflammation locales.

M. Verneuil répond que, sans vouloir traiter à fond la question de l'origine microbienne de l'anthrax, question qui ne peut être ainsi abordée d'une manière incidente, il croit devoir affirmer sa conviction que l'anthrax, le furoncle, l'acné, etc, ont une même et commune origine parasitaire. Il est parfaitement convaincu, d'ailleurs, que les pulvérisations phéniquées, en outre de leur action locale antiphlogistique, dont il ne veut pas méconnaître l'heureuse influence, doivent leurs principaux effets thérapeutiques à leur action parasiticide.

M. Trélat rappelle qu'il y a vingt-deux ans, dans son article *Anthrax*, du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, il écrivait que tous les anthrax ne doivent pas être traités de la même manière, par l'action chirurgicale. Aujourd'hui comme alors, il estime que, dans l'immense majorité des cas, le fer et le feu, le bistouri et le cautère, doivent être mis de côté lorsqu'il s'agit de traiter un furoncle ou un anthrax. Mais il est des cas dans lesquels l'intervention chirurgicale est nécessaire, soit à cause du mauvais état général du malade, soit en vue d'arrêter la tendance à la diffusion que présente la maladie. On incise alors, non pas simplement pour débrider, mais pour réaliser dans le temps le plus court possible l'antisepsie la plus parfaite possible.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en Comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Trasbot, sur les candidats au titre de correspondant national (3e division).

©BIU Santé

VARIÉTÉS

M. Dujardin-Beaumetz, directeur du service de santé militaire, accompagné de M. Viry, vient de visiter en détail les hôpitaux et les laboratoires de la Faculté de médecine de Nancy. Il s'agit de reconstituer l'ancienne école de médecine militaire de Strasbourg. Cette nouvelle Ecole serait organisée comme l'était celle de Stasbourg ; les élèves seraient internés, et on réunirait ensemble les élèves de toutes les années d'études.

Trois villes se disputent l'honneur de posséder la nouvelle Ecole, et le voyage du directeur du service de santé a pour but d'apprécier exactement les ressources des Facultés de Nancy, Lyon et Bordeaux.

Les municipalités de ces villes vont aussi avoir à faire des offres suffisantes au ministère de la guerre pour l'installation matérielle de la nouvelle Ecole. Il s'agit, en effet, de pourvoir à l'installation de trois cents étudiants environ, et à celle de l'état-major et du personnel de l'Ecole.

A Nancy, au point de vue des laboratoires et de leur installation scientifique, on estime généralement qu'il n'y a rien à désirer. Ces laboratoires sont outillés et fonctionnent complètement depuis des années. La question d'étendue des locaux n'a plus sa raison d'être, puisque les deux Instituts vont être construits. Les travaux de l'Institut chimique sont mis en adjudication. L'Institut anatomique, dont la dépense est aussi votée, sera installé *à côté* du nouvel hôpital civil, et il comprendra l'organisation de divers autres laboratoires qui seront transférés de la Faculté dans le nouvel Institut Environ un milion est consacré à ces créations.

On s'est préoccupé des ressources que fournirait Nancy pour le service anatomique ; on avait craint que le nombre de cadavres ne fût pas suffisant. Or, le chiffre de la population de Nancy actuellement est identiquement le même que celui de Strasbourg avant la guerre de 1870. Il est de 82 000 habitants. L'asile d'aliénés de Maréville contribue aussi à fournir des ressources très importantes à l'amphithéâtre, puisque sa population de malades est de près de 2 000. On espère enfin que l'installation de l'Institut anatomique à côté de l'hôpital (comme cela existait à Strasbourg) favorisera encore le service des dissections.

On pourrait faire à Nancy ce que l'on réalise dans beaucoup de centres universitaires des pays étrangers, faire venir des cadavres des localités voisines. Il ne semble pas d'ailleurs qu'on doive être obligé de recourir à ce moyen.

Quant à l'installation des diverses cliniques, elle est bonne, et, de ce côté, il n'y a aucune objection à faire. L'hôpital civil a été construit il y a quelques années; c'est dire qu'il est organisé suivant les idées modernes, et qu'il ne laisse rien à désirer au point scientifique. D'autre part, la population des diverses cliniques augmente tous les ans.

En résumé, les ressources scientifiques sont bien suffisantes pour justifier le choix de Nancy pour siège de la future Ecole de santé militaire. Mais on fait valoir, en outre, et au premier rang, que l'héritage de Strasbourg doit revenir à Nancy qui a déjà recueilli l'ancienne Faculté de médecine ; que les professeurs de Nancy sont encore en partie les anciens professeurs de la Faculté de Strasbourg. Les traditions de Strasbourg sont conservées dans cette Faculté. Remarquons encore que la médecine militaire se recrute, pour une part considérable, dans nos régions de l'Est.

Aussitôt après la visite du directeur du service de santé, le Conseil municipal de Nancy s'est réuni, et a autorisé le maire à traiter avec le ministère de la guerre, pour l'installation matérielle de l'Ecole. Un des projets les plus séduisants serait l'achat, par la ville, de l'hospice Stanislas (Enfants assistés). Les bâtiments, jardins et dépendances, sont très vastes ; cet hospice est situé à côté du nouvel hôpital civil, et se trouverait parfaitement approprié à sa nouvelle destination. On estime qu'il faudra, en tout cas, au moins un million pour loger convenablement la nouvelle Ecole. La municipalité a, d'ailleurs, fait d'avance le sacrifice de cette somme approximative.

Telles sont les principales considérations que suscite, dès l'abord, cette question de l'Ecole de médecine militaire à Nancy, question vitale pour l'avenir et la prospérité de la Faculté de médecine de Nancy. — Il est probable que cette affaire sera traitée rapi-

©BIU Santé

dement par le ministère de la guerre, dans l'intérêt du recrutement du service de santé.

On avait aussi parlé d'une organisation mixte qui laisserait, dans leurs Facultés respectives, les élèves des premières années d'études, et qui ne les centraliserait à l'Ecole de Nancy que pour les dernières années. On ne sait si ce projet l'emporterait sur celui d'une Ecole recevant les élèves dès le début de leurs études médicales. Quant au régime de deux Ecoles, telles qu'un décret les a jadis instituées, au moins sur le papier (l'une à Bordeaux, l'autre à Nancy), on ne sait ce qu'il deviendra, ni ce qu'il en restera après l'enquête nouvelle qui se poursuit actuellement. (*Gaz. des hôpitaux*).

— A propos de la résurrection de l'Ecole de santé militaire de Strasbourg, M. le docteur Janicot écrit dans le *Bulletin médical :*

« Bien que les souvenirs de la vieille école de Strasbourg plaident en faveur de Nancy, bien que cette ville ait fait des offres sérieuses à l'Etat, bien qu'elle présente des ressources scientifiques incontestables — toutes choses dont le Directeur du service de santé a pu se convaincre dans un voyage récent — nous pensons que Nancy sera écartée surtout par une considération stratégique : sa situation de ville frontière...

« M. Dujardin-Baumetz, accompagné de M. le docteur Viry, est parti vendredi pour Lyon, Montpellier et Bordeaux, afin de réunir sur place les éléments d'une décision ministérielle qui ne saurait tarder.

« Ce voyage est la meilleure preuve que le choix de Lyon n'est pas encore définitif. Il n'y a rien de décidé *officiellement*, mais nous sommes persuadés que Lyon possédera la nouvelle Ecole. Une délégation de sa municipalité, de la députation du Rhône et de la Faculté de médecine, conduite par M. le préfet du Rhône, a été reçue jeudi en audience par M. le ministre de la guerre, et lui a rappelé que par un vote unanime le Conseil municipal s'était engagé à fournir tous les fonds nécessaires à la construction de la nouvelle Ecole de santé.

« Si on se place systématiquement — comme on doit le faire — au seul point de vue de l'intérêt du service et de la prospérité de la création projetée, il est impossible de ne pas reconnaître que Lyon légitime la préférence qui paraît devoir lui être accordée.

« Elle la mérite par les ressources scientifiques énormes dont elle dispose, par ses nombreux hôpitaux et hospices civils, par ses deux hôpitaux militaires, par la prospérité croissante de sa Faculté de médecine et aussi par sa position topographique, relativement centrale, ce qui est un avantage et une sécurité pour l'Ecole en cas de guerre. »

COURRIER

Le concours de l'internat en médecine des hôpitaux et hospices civils de Paris s'est terminé, vendredi soir 20 janvier 1888, par les nominations suivantes des candidats classés par ordre de mérite.

A. *Internes titulaires.* — 1. MM. Guillemain, Civel, Buscarlet, Laffitte, Thiroloix, de Saint-Germain, Pilliet, Garnier, Macaigne, Lafourcade ;

11. Marquezy, Macquart, Létienne, Tournier, Boulloche (Pierre), Renault (Jules), Macon, Oustaniol, Rouffinet, Hallion ;

21. Guyon, Prost, Lamotte, Gauly, Charrier, Philippe, Lautier, Adler, Rogues de Fursac, Achalme ;

31. Chipault, Sardou, Tuilant, Audain, de Grandmaison, Baumgarten, Delagenière (Paul-Albert), Gibotteau, Reblaud, Besançon ;

41. Thérèse, Enriquez, Clarot, Critzman, Chevalet, Mussy, Beaumé, Aviragnet, Repin, Brodier ;

51. Sallard, Raoult, Thomas (Théodore-Octave), Lelièvre, Sauvineau, Vignerot.

B. *Internes provisoires.* — 1. MM. Faure-Miller (Rolland), Homolle, Durand, Hélary, Bouel, Gauthier (Jean-Arthur), Aubert, Brésard, Debayle, Chantre ;

©BIU Santé

11. Breton, Calbet, Leblond, Decamps, Pescher, Ettlinger, Vialet, Dulac, Mlle Edwards, M. Malherbe ;

21. Basset, Piole, Evrain, Estrada, Blaise, Gaston, Dubrisay, Goupil, Huguenin, Auscher ;

31. Willemin, Renault (Louis-Adolphe-Alphonse), Gilis, Poivet, Glover, Pineau, Richerolle, Lovy, Barthomeuf, Duchaine ;

41. Appert, Lebon, Martin (Louis), Gervais de Rouville, Marx, Camescasse.

— Le concours de l'externat des hôpitaux de Paris s'est terminé samedi soir, 21 janvier 1888, par la nomination des 253 candidats dont les noms suivent, classés par ordre de mérite. — Ce sont MM. :

1. Kusmierski, Londe, Besançon, Moingeard, Zuber, Mayet, Delbet, Chevalet, Sée, Touche.

11. Rascol, Meslay, Charcot, Binot, Chapt, Endlitz, Gallet-Duplessis, Meunier, Simonot, Rochon-Duvigneau.

21. Meige, Walch, Lelièvre, Bergé, Javillard, Charbaut, Vatel, Pompidor, Wassilieff, Jourdan.

31. Condamy, Ménard (Henri-Alfred), Chaillou, Laforest, Lefèvre (Hippolyte), Critzmann, Brésard, Behr, Daudet, Basso.

41. Fauquez, Finet, Lepetit, Frey, Grandon, Sicard, Brunet, Dudefoy, Aubert, Duranti.

51. Gellé, Mlle Kohan, MM. Lantzenberg, Pottier, Giresse, Michel, Bureau, Thibault (Hyacinthe), Gonget, Steeg.

61. Grinda, Slaïcovitz, Vaudremer, Pachon, Jayle, Lailler, Brossard, Pescher, Ettlinger, Mme Tariakoff-Abricossoff.

71. Voizot, Quetin, Chibret, Magniaux, Lasserre, Contantinescu, Mounier, Morestein, Blaise, Gaston.

81. Berheim, Homolle, Adler, Boix, Caubet, Ravé, Gesland, Marie (de Bayeux), Daga, Soulier.

91. Gerson, Montbouyran, Terson, Frey (Edmond), Maurel (Henry-Pierre), Lévy (Samuel), Le Joly-Sénoville, Wintrebert, Binand, Tuvache.

101. Le Mercier, Egret, Delteil, Gasnier, Lévi (Léopold), Laurent, Préfontaine, Colin (Henri), Zaguelman, Zentter.

111. Bresset, Trenel, Pinconnat, Beaussenat, de Massary, Benoit, d'Haussy, Noir, Corbière, Stojanovitz.

121. Boyalo, Mlle Wilbouschewitch, MM. Berbez, Malherbe, Noel, Fouré, Le Juge de Segrais, Céide, Bellencontre, Plicot.

131. Choppin, Chaintre, Lamy, Duprey, Milhau, Peillon, Dejean de la Bâtie, Nogué, Fournier, Théry.

141. Coffart, Kansins, Carel, Petit, Saintu, Fanchon-Villeplie, Lemariey (Théodore), Sottas, Desbrières, Belin.

151. Tissier, Nicole, Ramadan, Papillon, Pouy, Bereaux, Dauly, Elefterion, Roullet, Taurin.

161. Barisien, Tolmer, Tripier, Pekmèze, Duchemin, Bonvalot, Druet, Hulmann, Letoux, Papillault.

171. Guay, Darnis, Estrabaut, Chaumont, Gauja, Jouis, Bellemain, Daniel, Laloy, Dufournier.

181. Bouchinet, Fougerat, Thomas, Mangin-Bocquet, Demanthe, Burnet, Springer, Cachan, Aymard, Piaget.

191. Vangeon, Magdeleine, Piffault, Manu, Chanut, Laplanche, Courtey, Bonnecaze, Banzet, Bouchard.

201. Luton, Durville, Debrabant, Lefèvre (Armand), Grajon, Pactet, Marot, Vialet, Iscovesco, Azam.

211. Chevandier, Schtein, Mignotte, Ozanon, Caron, Vigouroux, Ducourtioux, Blin, Bouchacourt, Broussard.

221. Jarre, Delansorne, Lecureuil, de la Porte, Hervouët, Marchadier, Diriart, Giovannoni, Rousseau, Perraudin.

©BIU Santé

231. Brayer, Marie (Armand), Castellanos, Pezet, Bourbon, Cahen, Regnard (Charles), Pornain, Menu, Jordanis.

241. Mesnard (René), Jacquet, Damain, Boudaille, Dubois, Haslé, Bonnard, Brion, Carton, Thanasesco.

251. Mercier, Bonnel, Bourgogne.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 janvier 1888, les fonctions de directeur et de médecin en chef de l'asile de Ville-Evrard seront dorénavant séparées. — La direction administrative et médicale de l'établissement se composera ainsi qu'il suit : un directeur et deux médecins en chef. — Un des deux emplois de médecin-adjoint existant est supprimé. — Le docteur Paté est nommé au poste de directeur de l'Asile d'aliénés de Ville-Evrard créé par le présent arrêté. Le docteur Paté est compris dans la troisième classe du grade. Il recevra, en conséquence, à partir du jour de son installation, outre le logement, le chauffage et l'éclairage dans l'établissement, le traitement de cinq mille francs, déterminé par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875.

Laïcisation de l'hôpital de la Charité. — L'hôpital de la Charité est laïcisé. Les médecins et chirurgiens de l'hôpital ont adressé la lettre suivante à la Supérieure des Sœurs Augustines :

Madame la Supérieure des Sœurs Augustines, à l'Hôtel-Dieu.

15 janvier 1888.

Madame la Supérieure,

Avant le départ des Sœurs Augustines, si injustement renvoyées de l'hôpital de la Charité, et puisque l'administration de l'Assistance publique, qu'elles ont si longtemps et si loyalement servie, ne croit pas devoir leur adresser un mot de remerciement, veuillez agréer ici l'hommage de notre reconnaissance pour les religieuses d'élite que vont perdre nos malades.

Tout ce que nous avons tenté pour conserver à notre hôpital les Sœurs Augustines est demeuré inutile, mais elles emporteront du moins ce souvenir que les médecins et chirurgiens des hôpitaux n'ont pas abandonné celles qui les ont toujours le mieux secondés. Ce témoignage de la justice que nous leur rendons adoucira pour nous l'amertume de notre impuissance.

Nous ne voulons rien ajouter. La vie de la religieuse d'hôpital est au-dessus de l'éloge. Les Sœurs hospitalières seront de longues années encore, chez tous les peuples du monde, l'expression la plus pure du dévouement et du sacrifice.

Veuillez agréer, madame la Supérieure, l'assurance de notre haute considération.

Potain, Desnos, Féréol, Luys, Laboulbène et Blachez, *médecins de l'hôpital de la Charité ;* — Trélat, A. Desprès, *chirurgiens de l'hôpital de la Charité.*

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — Le docteur Max. Durand-Fardel commencera ce cours le samedi 28 janvier, à cinq heures, dans l'amphithéâtre n° 3, de l'Ecole pratique, et le continuera les mardi et samedi de chaque semaine, à la même heure. Ce cours sera fait en 12 leçons.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cassoulet (de Bordeaux) et Darbon (de Preignac).

— L'adjudication de 6,000 kilogrammes d'acide phénique ordinaire, et de 200 kilogrammes d'acide phénique neige, qui devait avoir lieu au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, le 31 janvier 1888, est remise à une date ultérieure non encore déterminée.

LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

SBIU Santé

Sommaire

I. Bulletin. — II. Association médicale mutuelle du département de la Seine. — 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.

BULLETIN

Le moyen de diagnostiquer les maladies de l'estomac, d'après les modifications imprimées aux réactifs colorés par les sécrétions de cet organe, a perdu beaucoup de son importance depuis quelques jours. Son défenseur, M. le professeur Sée, a été peut-être un peu loin en faisant du nouveau réactif chimique, la phloroglycine-vanilline, le juge suprême entre les dyspepsies vraies, ou par altération du suc gastrique, et les autres affections de l'estomac. C'est du moins l'opinion exprimée à l'Académie de médecine par un autre maître très compétent dans la question, M. Dujardin-Baumetz. Pour lui, comme pour le professeur Bouchard, la dyspepsie n'est qu'un symptôme commun à toutes les perturbations apportées au fonctionnement du tube digestif. La dyspepsie n'est pas plus une maladie spéciale que le vomissement ; la présence ou l'absence d'acide chlorhydrique dans le suc gastrique ne peut à elle seule permettre de porter le diagnostic d'une affection de l'estomac accompagnée de dyspepsie ; par suite, sa recherche avec les réactifs colorés ne donne que des indications de valeur secondaire, et la chlorhydrothérapie ne repose que sur des bases fragiles.

D'autre part, M. Laborde soutient que l'acide lactique a une importance presque aussi grande que l'acide chlorhydrique dans la digestion. Alors pourquoi ne s'intéresser qu'aux modifications de l'acide chlorhydrique ? Et M. Constantin Paul réclame de son côté en faveur du signe fourni par la diminution du chiffre de l'urée dans les cas de cancer.

Nous devons rappeler encore, à propos de cette discussion, que la détermination quasi-instantanée, à l'aide des colorants, de l'acidité du suc gas-

FEUILLETON

CAUSERIE

Destruction des lapins par le virus du choléra des poules. — L'alcool n'est pas fait pour les chiens. — Tribulations d'une accouchée.

M. Pasteur, qui a tant fait pour la conservation des animaux domestiques, vient d'appliquer le résultat de ses savantes recherches à leur destruction. Si l'on a pu douter parfois de la puissance de préservation de ses cultures, on ne pourra cette fois dire que ses bouillons sont inertes, car de nombreux lapins pourront témoigner de leurs redoutables effets.

Cette expérience d'un nouveau genre a eu pour point de départ un fait bien curieux ; la race lapine est tellement prolifique qu'elle en est arrivée à constituer pour l'Australie et la Nouvelle-Zélande un véritable fléau. M. de Varigny racontait récemment, dans la *Revue des Deux-Mondes*, les méfaits étonnants de ces animaux ; les sauterelles d'Afrique ne sont pas plus à craindre.

Les jardins maraîchers, disait-il, sont dévastés ; les terrains qui produisaient, il y a quelques années, 150 boisseaux d'orge et de 75 à 80 de blé, à l'hectare, durent être abandonnés, toute culture, dans certains districts, étant devenue impossible.

M. Crawford cite l'exemple d'un grand propriétaire qui, après avoir dépensé 40,000

©BIU Santé

trique, du degré de cette acidité, n'est pas une question nouvelle. Elle a été étudiée en France, dès 1874, par Laborde et Dusart, qui ont fait connaître en 1876, à la Société de biologie, le résultat d'expériences souvent répétées depuis au laboratoire de physiologie de la Faculté par M. Béclard, qui les mentionne dans la 2e édition de son Traité. C'est en 1877 seulement que Maly, et plus tard von den Velden, Uffelmann, Ewald, etc., firent connaître en Allemagne leurs recherches sur ce sujet, sans citer bien entendu celles de nos compatriotes, dont la priorité à cet égard est incontestable.

Somme toute, c'est encore l'observation clinique qui permettra d'établir le mieux le diagnostic des affections de l'estomac et leur thérapeutique rationnelle, — d'autant plus qu'aujourd'hui l'observation clinique appelle à son aide les renseignements fournis par l'examen des sécrétions, aussi bien celle des reins, comme le veut M. C. Paul, que celle de l'estomac, comme la pratiquent MM. Sée, Dujardin-Baumetz, Laborde et la plupart des cliniciens.

— Il paraît qu'en préconisant les moyens de douceur contre l'intervention chirurgicale dans le traitement des furoncles et de l'anthrax, M. Verneuil n'a fait qu'enfoncer une porte ouverte ; on n'incise plus l'anthrax, à l'Académie, que dans les cas tout à fait exceptionnels ; M. Maurice Perrin emploie la balnéation prolongée dans l'eau chaude et les cataplasmes froids dans les intervalles ; M. Bucquoy déclare que tous nous soignons les anthrax et les furoncles et qu'il est très rare que nous ayons recours à l'intervention d'un chirurgien ; M. Le Fort se sert encore du bistouri, mais ses bons effets sont si rapides : un simple coup de lancette pratiqué au centre de la tumeur et traversant le derme fait avorter le furoncle ; et puis, si c'est douloureux, c'est si vite fait et cela soulage tant après ! M. Trélat n'admet plus les incisions que rarement et encore n'est-ce que pour permettre aux antiseptiques de pénétrer mieux la masse de la tumeur.

Tout est bien qui finit bien... sans incisions ; mais, si c'est là le sentiment de l'Académie, avouons qu'on ne s'en doutait guère avant les décla-

---

livres sterling (1 million de francs) pour se débarrasser de ce fléau d'un nouveau genre, fut obligé d'y renoncer. Sur certaines fermes, on évalue le nombre des lapins à des centaines de mille, et, chaque année, leur taille augmente avec leur nombre. D'une voracité extraordinaire, ils mangent l'herbe jusqu'à la racine et convertissent d'immenses pâturages, qui nourrissaient de 25 à 30 moutons à l'hectare, en terrains dénudés et poussiéreux. Les vignobles ont été ruinés et, jusqu'ici, les moyens employés pour détruire ces animaux n'ont abouti à aucun résultat appréciable. On les chasse, on les tue, et ils fourmillent.

M. Williamson dépose que, dans une excursion qu'il fit avec un délégué du gouvernement, ils reconnurent que dans tout le district l'herbe avait disparu. Des bandes d'énormes lapins parcouraient le pays, s'écartant à peine pour faire place à leur voiture.

Le sol, raviné de terriers, ne permettait d'avancer qu'avec précaution. « Partout des lapins, dit-il, sur la route et dans la plaine ; ils gambadent en troupe, se poursuivent dans les sables ; on les voit assis par centaines à l'entrée de leurs terriers... Traqués sur un point, ils se réfugient sur un autre, et ils se multiplient avec une rapidité telle qu'un cataclysme de la nature pourra seul en avoir raison. »

Avisé de cette circonstance, M. Pasteur pensa que l'on pourrait détruire ces animaux à l'aide du virus du choléra des poules ; il suffisait pour cela d'arroser avec des bouillons de culture de cette maladie la nourriture des lapins ; ceux-ci en effet sont facilement attaqués par le choléra des poules, comme de nombreux faits l'ont démontré à M. Pasteur ; il n'est pas même nécessaire que les lapins mangent des aliments infectés, il

©BIU Santé

rations qui ont été faites à sa tribune mardi dernier, et remercions encore M. Verneuil de les avoir provoquées.

— L'extension prise dans ces derniers temps par la méthode des injections hypodermiques dans la thérapeutique médicale a excité l'émulation des expérimentateurs dans le but de trouver des substances pouvant servir de véhicules aux médicaments sans déterminer d'accidents. M. F. Balzer et son interne, Mlle A. Klumpke, ont communiqué à cet égard des résultats très intéressants à la Société de médecine pratique. L'huile de vaseline, qui avait obtenu d'abord une certaine faveur, ne paraît pas être absorbée et détermine souvent des foyers inflammatoires ou hémorrhagiques ; il vaudrait mieux employer alors des huiles végétales ou animales parfaitement épurées et susceptibles de s'émulsionner plus facilement. Les substances irritantes injectées, solutions d'antipyrine, de liqueur de Fowler, de chloroforme, d'éther, de calomel ou d'oxyde jaune de mercure, peuvent aussi provoquer les mêmes accidents; de sorte que le dernier mot n'est pas encore dit sur le choix des véhicules et des substances à injecter, et qu'il faudra encore faire de nouveaux essais dans cette voie pour arriver à éviter les accidents.

Il sera bon, toutefois, de tenir compte dans les résultats obtenus d'un élément qu'on passe généralement sous silence, c'est l'état du malade; on aura évidemment, toutes choses égales d'ailleurs, plus facilement des abcès chez un phthisique ou un cancéreux cachectique, que chez un sujet vigoureux, jeune, atteint d'une sciatique ou d'une syphilis au début.

— On se rappelle que MM. Bouchard et Charrin ont démontré que l'ingestion prolongée de la naphtaline à doses toxiques déterminait chez les lapins, pendant la vie, la production de cataractes. MM. Charrin et Roger, élèves de M. Bouchard, viennent de démontrer à la Société de biologie que le menthol, à dose toxique, produisait aussi des cataractes chez les lapins, mais quelques instants seulement après la mort, et avec une très grande rapidité, puisque la cataracte est complète en une heure et demie ou deux heures.

---

suffit qu'ils vivent en contact avec les animaux malades, pour être infectés à leur tour.

M. Pasteur eut alors l'idée suivante, pour réaliser le cataclysme demandé par M. de Varigny : « Autour d'un ou plusieurs terriers, je ferais faucher une certaine quantité d'herbe qui serait ramenée ensuite avec des râteaux à la portée des lapins, avant leur sortie du soir. Cette herbe, souillée de la culture du microbe, serait mangée par les lapins dès qu'ils la rencontreraient sur leur passage. Une barrière serait inutile pour les arrêter et les forcer à manger. On aurait ainsi, en quelque sorte, la répétition de l'expérience de Reims, dont je vais parler. »

Cette expérience, faite sur une large échelle, eut pour but de mettre fin aux dépréDations d'une colonie de lapins dans une propriété appartenant à Mme veuve Pommery (de Reims), dont la renommée est universelle, par l'excellent champagne qu'elle produit.

Cette propriété était située au-dessus de ses caves, bien connues des Allemands..... et des membres de l'Association française pour l'avancement des sciences, que Mme Pommery eut la gracieuseté d'inviter à les visiter (pas les Allemands) et à apprécier lors du Congrès de Reims, en 1880. C'était un clos de 8 hectares totalement entouré de murs, que l'heureuse grand'mère avait eu la fâcheuse idée de peupler de lapins pour procurer une chasse à ses petits enfants. Ces bêtes avaient tellement pullulé et miné le sol, qu'on dut songer à les détruire plus rapidement qu'avec les armes à feu, car les furets étaient impuissants à les faire sortir des tas énormes de craie où ils se réfugiaient.

©BIU Santé

A la même Société, MM. Brown-Séquard et d'Arsonval ont continué leurs intéressantes communications sur le poison pulmonaire. Injecté dans l'estomac, dans la trachée, sous la peau des lapins, le liquide toxique a occasionné rapidement la mort, comme dans leurs expériences précédentes. — L.-H. P.

Association médicale mutuelle du département de la Seine.

Assemblée générale du 22 janvier 1888.

Nous extrayons du rapport du président, M. le docteur Gallet-Lagoguey, les passages suivants :

. . . . . .

I

Pour assurer à un médecin malade et incapable d'exercer une indemnité qui le mit, ainsi que sa famille, à l'abri des premiers besoins quotidiens, il y avait à remplir deux conditions essentielles :

Il fallait, d'abord, que chacun des adhérents consentit à s'imposer un sacrifice assez élevé pour alimenter la caisse sociale;

Il fallait, en second lieu, supprimer autant que possible la part réservée à la bienfaisance, en suppléant, de cette façon, à la nécessité toujours pénible d'une demande de secours et de l'enquête qui en est la conséquence.

Nous vous avons démontré que nous réaliserions ces deux conditions par la création d'une Société de secours mutuels, véritable assurance en cas de maladie, et dont les statuts, qui vous étaient soumis, assuraient le fonctionnement, à l'aide de moyens simples et pratiques.

Partisans ardents et convaincus de la solidarité professionnelle absolue, vous avez jugé digne de votre concours cette tentative, pour nous mieux armer dans la lutte pour l'existence, et, sans hésiter, vous nous l'avez donné tout entier en vous imposant, les premiers, les sacrifices nécessaires que nous vous demandions.

C'est avec une légitime fierté qu'il nous est permis de constater aujourd'hui les ré-

---

Mme Pommery offrit donc à M. Pasteur de mettre ses lapins à sa disposition pour expérimenter le procédé qu'il préconisait pour la destruction de ces animaux en Australie.

M. Pasteur accepta. Une circonstance curieuse vint d'ailleurs favoriser son expérience. Dans la crainte de voir les lapins, poussés par la faim, prolonger outre mesure leurs galeries souterraines et compromettre la solidité des voûtes des caves, on avait eu depuis longtemps l'idée de les retenir dans leurs terriers, non loin de la surface du sol, en leur servant chaque jour un repas de luzerne ou de foin près de ces terriers. On comprend dès lors, dit M. Pasteur dans le *Bulletin médical*, combien il était facile de tenter la destruction des lapins du clos de Mme Pommery.

« Le vendredi, 23 décembre, j'envoyai à Reims M. Loir arroser le repas du jour d'une culture récente du microbe du choléra des poules. Comme à l'ordinaire, la nourriture fut consommée dans l'intervalle de quelques minutes. Le résultat en fut pour ainsi dire surprenant. Mme Pommery m'écrivit, le 26 décembre :

« Samedi matin (par conséquent dès le lendemain du repas mortel), on compta dix-neuf morts en dehors des terriers.

« Le dimanche, le clos ne fut pas visité.

« Le lundi matin, on compta encore treize morts, et depuis samedi on n'a pas vu un seul lapin vivant courir sur le sol. En outre, comme il était tombé un peu de neige pendant la nuit, on ne vit nulle trace de pattes de lapins autour des tas de craie. »

En général, les lapins meurent dans leurs terriers. Les trente-deux cadavres trouvés

sultats de ces sacrifices, qui n'ont pas été inutiles, car j'ai la satisfaction de vous annoncer qu'ils marquent nos premiers pas dans la voie du progrès.

Ils nous donnent ainsi le meilleur argument qui puisse être opposé à nos contradicteurs; ils confirment enfin l'assurance de la réalisation de nos promesses, récompense la plus enviée de nos efforts.

Vous avez tous apprécié la difficulté de nos débuts, et vous connaissez, pour les avoir tentés, les efforts de persuasion nécessaires pour convaincre les hésitants. Aussi, pouvons-nous, malgré notre nombre encore trop restreint, considérer la présence des soixante-seize membres qui forment notre effectif comme un résultat qui a lieu de nous satisfaire. Il fallait, en effet, une grande confiance dans la sincérité et la réalisation de nos prévisions, pour consentir le prélèvement annuel d'une somme de 120 francs sur un budget souvent, hélas! trop précaire.

Par votre adhésion, vous avez donné un exemple salutaire et qui sera suivi : vous avez acquis un titre incontestable à la reconnaissance de tous. Cet exemple et les nombreuses promesses d'adhésion qui nous sont faites, nous permettent de ne pas douter du succès complet de notre Association, et d'envisager l'avenir avec confiance.

J'espère qu'après avoir entendu l'exposé de notre situation, vous partagerez cette conviction sans réserves. . . . . .

II

Sans anticiper sur les droits de notre trésorier, M. le docteur Fissiaux, modèle d'ordre et de régularité, et auquel je témoigne toute notre reconnaissance pour avoir accepté la responsabilité si lourde de sa fonction, il nous est permis de partager sa satisfaction en apprenant que notre réserve s'élève au chiffre de 6,741 fr. 65 c. au 31 décembre 1887.

Or, vous n'avez pas oublié que la totalité de cette réserve sera toujours disponible pour faire face à nos engagements. Cette disponibilité est, tout à la fois, la base, et la garantie d'efficacité de l'Association. C'est elle qui a permis de vous assurer, de par les statuts, le droit absolu à une indemnité importante, c'est elle qui nous permettra d'attribuer à nos confrères malades une large répartition des ressources de l'Association mutuelle sans compromettre l'avenir.

Maintenant que nous avons pu, grâce à la preuve convaincante fournie par l'Association amicale des médecins anglais, connaître la moyenne générale de nos risques de morbidité, nous sommes en mesure de faire disparaître l'aléa, que laissaient forcément subsister nos calculs de probabilité.

---

sur le sol du clos devaient donc représenter une très faible minorité parmi les morts. C'est ce qui ressort d'une autre lettre de Mme Pommery, en date du mardi 27 :

« La luzerne (luzerne déposée autour des terriers le lundi soir) n'a pas été touchée, et de nouveau on n'a vu nulle trace de pattes imprimées sur la neige. Tout est mort.... »

Et Mme Pommery, faisant allusion à des journaux anglais qui avaient beaucoup critiqué le procédé que j'avais proposé — journaux qu'elle avait eu l'obligeance de m'adresser — ajoute :

« Que deviennent les attaques anglaises en présence d'un tel résultat? Un clos de 8 hectares, fourmillant de lapins, devenu un champ de mort.

« M. Pasteur empoisonne un repas ordinaire de ces lapins, et les jours suivants rien ne remue; tout est fini, tout est mort. »

Combien de lapins sont morts dans les terriers? Il est difficile de le savoir exactement. Cependant Mme Pommery m'informe, par une lettre que je viens de recevoir, « que les ouvriers estiment *à beaucoup plus d'un mille* le nombre des lapins qui venaient manger chaque jour les huit grosses bottes de foin qu'on distribuait chaque jour autour de leurs terriers.

« D'autre part, ajoute Mme Pommery, partout où l'on découvre un peu les monceaux de craie — demeure habituelle des lapins — on voit des tas de cadavres, de deux, trois, quatre et cinq lapins. »

Cette histoire de la fin tragique d'une race *lapine* (prière au compositeur de ne pas mettre *latine*) est des plus instructives à bien des points de vue. Nous n'en ferons res-

©BIU Santé

Je ne retiens qu'un seul point des rapports du docteur Hart, fondateur de cette Société, c'est qu'en quatre ans, la *morbidité* moyenne, maladies aiguës et chroniques comprises, n'a pas dépassé *cinq* journées par associé et par an.

Chacun de nous payant annuellement douze cotisations représentant un nombre égal d'indemnités quotidiennes pour incapacité morbide, et ses risques ne devant pas dépasser cinq journées de maladie, il en résulte que, pendant les premières années tout au moins, la réserve devra s'accroître de plus de la moitié du produit des cotisations.

Nous pouvons, en conséquence, être certains de voir grossir rapidement notre capital qui, tout modeste qu'il est, nous donne déjà la possibilité de payer plus de *six cents* journées de maladie en 1888, sans tenir compte des recettes courantes.

Grâce au désintéressement des administrateurs, nos frais de gestion sont réduits à leur minimum. Nous ne vous demandons pas de remercier nos confrères qui ont fait leur devoir et apporté à l'accomplissement de leurs fonctions un zèle et un dévouement que vous imiterez certainement quand vous serez, à tour de rôle, appelés à les exercer.

Ces frais de gestion n'ont atteint, en 1887, que *neuf* francs par associé, malgré les dépenses relativement élevées nécessitées par notre organisation. Nous pouvons vous certifier qu'à l'avenir ils ne dépasseront pas *cinq* francs.

. . . . . .

Dans le but de nous assurer les avantages accordés aux Sociétés de secours mutuels par l'approbation ministérielle, nous avons dû inscrire dans nos statuts l'admission d'associés honoraires. Vous n'avez pas cru qu'il nous fût permis de nous priver de leur généreux concours, bien que notre association ait pour principe l'égalité de toutes les charges et de tous les droits.

Quelques-uns d'entre nous pouvant, par suite de revers de fortune autres que ceux causés par la maladie, se trouver dans l'impossibilité de payer leur cotisation, la rigueur nécessaire des statuts nous aurait imposé leur radiation. Vous avez compris que l'admission des associés honoraires nous donnait le moyen d'échapper à cette cruelle obligation, et vous avez accepté la modification demandée par le ministère de l'intérieur.

Nous nous applaudissons de cette décision qui nous a permis de recueillir les adhésions successives de :

MM. Moutard-Martin, Tillaux, Duguet, Richelot, Créquy, Damaschino, Péan, Galezowski, Worms.

Nous avons déjà adressé à ces honorables confrères le témoignage de notre reconnais-

---

sortir qu'un seul à l'adresse des journaux anglais qui ont critiqué le procédé proposé par M. Pasteur, alors qu'il n'était qu'à l'état de projet. Une dame française, confiante dans ce procédé, a prié M. Pasteur de le mettre à exécution chez elle, et le résultat de l'expérience a été des plus concluants; que messieurs les Anglais, qui cette fois n'ont pas voulu tirer les premiers, continuent. Et quand ils seront débarrassés de leurs lapins, nous pensons qu'ils voudront bien permettre à notre éminent savant de tirer..... à vue sur la banque d'Australie, qui a *promis* 25,000 livres sterling (625,000 francs) à celui qui accomplirait ce..... cataclysme.

*
* *

Puisque le vent souffle du côté des expériences sur la digestion, citons à ce propos une anecdote sur Cl. Bernard, racontée par le *Courrier médical*.

L'illustre physiologiste reprochait à son ami Balard, le célèbre chimiste mort il a quelques années et l'inventeur du brome, l'habitude qu'il avait de prendre fréquemment des petits verres d'alcool pendant le repas, sous prétexte de favoriser sa digestion. (On sait que, dans certains pays, la Normandie notamment, on appelle cela *faire un trou*.)

— Je vais te démontrer quelle est l'action de l'alcool sur l'estomac, lui dit un jour Cl. Bernard. Voici l'expérience que j'ai pratiquée : Après avoir fait absorber à des chiens diverses substances alimentaires, je leur ai fait ensuite avaler de l'alcool. Eh bien, leur ayant ouvert l'estomac quelques heures après, j'ai constaté que ces substances avaient subi

©BIU Santé

sance pour ce concours, qui donne à notre œuvre une autorité morale non moins précieuse que leur appui matériel. Nous vous prions de leur en renouveler l'expression.

III

En résumé, un effectif de 77 membres ; un capital réservé s'élevant à 6,741 francs, tels sont, Messieurs, les résultats obtenus pendant cette première année.

Pour vous convaincre de la sécurité sur laquelle nous pouvons compter dans l'avenir, permettez-moi de laisser encore une fois la parole aux chiffres :

En supposant que notre effectif actuel n'augmente pas, notre budget de l'année 1888 se décompose ainsi :

Les recettes disponibles comprendront :

1° Notre réserve ;

2° Les intérêts de cette réserve à 4 1/2 p. 100 ;

3° Les cotisations des associés participants ;

4° Les cotisations des associés honoraires ; ce qui donne pour ces fonds disponibles un total de 15,000 francs environ.

Nous devons accepter pour base de l'évaluation des dépenses la moyenne de la morbidité établie d'une part sur les documents officiels français, et sur les rapports de l'Association amicale des médecins anglais d'autre part.

Les risques de maladie s'élèveront à cinq journées pour chacun de nous nécessitant une dépense de 50 fr. soit, pour 67 associés participants ..... 3,350 fr.

Les frais de gestion atteindront à peine..... 400

Soit, pour la dépense totale..... 3,750 fr.

Nous pouvons donc évaluer approximativement notre réserve à la fin de 1888 à 11,000 fr.

On peut déduire de ces données l'augmentation annuelle du capital à l'aide des éléments suivants, qui viendront s'y ajouter :

1° Les intérêts des fonds placés ;

2° Une somme représentant 50 p. 100 du produit des cotisations des associés participants ;

3° Le produit des cotisations des associés honoraires.

Cet accroissement régulier représente pour nous la garantie du paiement de l'indemnité à nos confrères ayant atteint un âge avancé, et devenus infirmes ou incapables d'exercer.

C'est, conséquemment, en toute équité qu'en présence de cette garantie prévue, nous

---

un notable arrêt dans leur digestion, et que plusieurs mêmes d'entre elles n'avaient pas été attaquées par le suc gastrique. Qu'est-ce que tu en conclus ?

— J'en conclus, dit gravement Balard, que « l'alcool n'est pas fait pour les chiens. »

A combien d'expériences, dont on veut chaque jour transporter les effets du chien à l'homme, ne pourrait-on pas appliquer cette humouristique réflexion !

*
* *

Puisque je transcris des anecdotes, en voici une autre que raconte le docteur Pierre dans la *Gazette médicale de Picardie*, parmi les *tribulations d'un accoucheur à la campagne*.

J'étais de garde à l'hôpital Saint-Antoine. Une nuit, vers une heure, on m'éveille pour recevoir une accouchée. Elle était venue elle-même, portant dans ses bras un enfant à peu près nu. Je la reçus d'urgence. Le lendemain, elle me raconta son histoire. Mais je lui laisse la parole :

« Je suis, Monsieur, une personne très gaie; j'aime le bal. Je ne m'en suis jamais privée pendant ma grossesse, qui cependant hier dépassait sept mois. A dix heures, hier, j'étais une des premières à la danse tout près de la place du Trône. Je me démenais de mon mieux. Après quelques contredanses, je sens des douleurs. Tant pis, dis-je, si ça doit venir ce soir, quoique je ne sois pas à terme, je ne quitterai le bal que le plus tard possible. Mais les douleurs continuaient; plus je souffrais, plus je dansais.

©BIU Santé

avons admis le remboursement, lors du décès d'un associé participant, de sa part proportionnelle dans les bénéfices réalisés. Nous restituerons ainsi à la famille les économies faites en commun sur le capital, que son chef avait aliéné dans un but de prévoyance confraternelle.

Nous pensons, toutefois, que la part contributive des associés honoraires devra être exceptée de cette répartition : elle appartient à la profession tout entière et doit servir à perpétuer notre Association.

Il me serait encore facile, pour rendre la démonstration plus complète, de vous montrer que nous sommes, dès maintenant, en état de suppporter plus que la charge d'un malade totalement et définitivement incapable d'exercer.

Nous disposerons chaque année, pour faire face à cette triste conjoncture, des ressources désignées plus haut comme devant accroître la réserve et qui représentent déjà, avec notre effectif, 472 journées de maladie par an, en sus des *cinq* journées de morbidité moyenne, dans lesquelles les maladies chroniques sont comprises.

En présence de ces résultats acquis et de ceux que nous pouvons légitimement prévoir, c'est avec toute confiance que je vous demande d'approuver les actes du conseil d'administration.

Vous voudrez bien voter aussi des remerciements à M. le doyen de la Faculté qui nous accorde gracieusement aujourd'hui l'hospitalité, et à nos confrères de la *Presse médicale* qui ont accueilli l'Association nouvelle avec une si vive sympathie, et dont le concours désintéressé nous est toujours assuré.

Je me plais à ajouter que, grâce à ce concours, notre œuvre, en pleine voie de réalisation, a déjà eu plus d'un écho en dehors de la sphère trop restreinte dans laquelle, de par la loi, nous avons été obligés de nous renfermer tout d'abord. Beaucoup de confrères de la province se sont déja préoccupés, nous en avons le témoignage, de la possibilité d'entrer dans notre Association. Nous signalerons notamment nos confrères de la Haute-Garonne, qui, tout récemment encore, nous ont demandé les renseignements nécessaires pour la fondation d'une Association analogue à la nôtre.

C'est, en effet, le meilleur parti à prendre pour le moment que de s'organiser partiellement, en attendant que le faisceau complet d'une famille médicale véritablement solidaire puisse être, grâce à une modification législative, définitivement formé.

Faisons donc ensemble des vœux pour que les Chambres, votant enfin la loi sur les *Associations mutuelles*, permettent cette réalisation si désirable, couronnement de nos efforts et de nos aspirations professionnelles les plus légitimes.

Dans un *cavalier seul*, mordue par une vive tranchée, je faisais en dansant des contorsions épouvantables. J'eus un succès fou. Puis, le *galop* survenant, j'entraînai mon danseur avec une vigueur que je ne me connaissais pas; quand tout à coup mes eaux se rompent.

« Voilà qu'on s'aperçoit de l'accident; on l'attribue à tout autre chose qu'à sa cause réelle. Les quolibets pleuvent sur moi; je veux m'enfuir, on me poursuit. Je me sauve au dehors, on se met à mes trousses; je descends en courant le boulevard Mazas; j'avais derrière moi une trentaine d'enragés qui cherchaient à me rattraper. Au détour de la rue de Charenton, j'escalade la clôture en planches d'un chantier de bois. Heureusement mes traqueurs avaient perdu ma trace. Je m'asseois à terre; il était temps. L'enfant est venu cinq minutes après. Je l'ai enveloppé dans mon mouchoir. Tout petit qu'il est, on dirait qu'il veut bien vivre. »

Elle avait raison; l'enfant vécut et la maman aussi. Dix jours après, elle sortait de l'hôpital sans qu'il lui fût survenu aucune complicatiou sérieuse.

Autrefois, je pense qu'on aurait brûlé cette malheureuse comme possédée du diable, alors qu'elle n'était possédée que du démon... de la danse; aujourd'hui, on emploie des procédés vraiment diaboliques pour persuader aux femmes, sous le voile de l'hypnotisme, qu'elles doivent accoucher sans douleur. Je doute qu'on arrive jamais à un résultat aussi brillant que l'héroïne de l'anecdote du docteur Pierre.

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 23 janvier 1888.

Sur l'anesthésie prolongée et continue par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression (Méthode Paul Bert). par M. Claude MARTIN (de Lyon). — « On sait que l'inhalation prolongée ou répétée des vapeurs anesthésiques employées communément en clinique chirurgicale, détermine au bout d'un temps variable des accidents graves.

D'autre part, Paul Bert a démontré qu'on pouvait produire la mort par l'inhalation continue des mélanges de chloroforme et d'éther avec l'air, alors même que le titre de ces mélanges était insuffisant à déterminer l'état anesthésique, mais à la condition de prolonger l'action de ce mélange pendant un certain nombre d'heures.

En est-il de même pour le protoxyde d'azote mélangé à l'oxygène et administré sous pression d'après la méthode de Paul Bert?

Les faits cliniques consignés dans le travail de M. le docteur Raphaël Blanchart et ceux qui nous appartiennent personnellement ne permettent pas d'affirmer qu'il soit possible ou impossible de respirer pendant un grand nombre d'heures consécutives sans interruption et sans accidents graves le mélange de Paul Bert. (Protoxyde d'azote 85, oxygène 15.)

C'était donc à l'expérimentation qu'il fallait s'adresser pour combler cette lacune.

A cet effet, nous avons fait construire une cloche munie de hublots, de 250 litres de capacité, pouvant supporter une pression de 1 1/2 atmosphère et disposée de manière à recevoir un chien.

L'animal est introduit dans la cloche à cinq heures du soir ; celle-ci est remplie avec le mélange anesthésique de Paul Bert. On élève progressivement la pression à 110, 115 et 120. Le sommeil se produit au bout d'une demi-heure. On établit alors un débit d'environ 15 litres de mélange par heure.

Le lendemain matin, à six heures, le sujet est bien anesthésié, mais on constate de la dyspnée. On fait alors passer en quelques minutes 350 litres du mélange gazeux. La respiration se régularise. A partir de ce moment le débit est réglé à 15 litres par heure.

Deux heures plus tard, la respiration est toujours calme et se maintient ainsi jusqu'à la fin de l'expérience, dont la durée totale est de soixante-douze heures.

L'animal ayant été retiré de la cloche, on observe, au bout de quinze minutes, des mouvements des pattes antérieures ; les yeux s'ouvrent, le regard est inquiet. Trente-cinq minutes après la sortie de l'appareil, il fait des efforts pour se relever, il tremble comme s'il avait froid. En effet, on constate un notable abaissement de la température. Le poil est mouillé ; le train de derrière n'obéit pas, malgré les efforts de l'animal pour se relever complètement. Cependant, si l'on pique les pattes, quelques mouvements se produisent.

Après cinquante-cinq minutes de séjour à l'air libre, il marche et obéit au commandement. Il refuse le lait qu'on lui présente. L'intelligence ne paraît nullement altérée.

On le laisse en repos et, le lendemain matin, à sept heures, on le trouve debout ; il est très gai et mange avec appétit. Il n'y a rien d'anormal.

Il convient de faire remarquer que, si l'anesthésie n'a été produite qu'au bout d'une heure et demie, c'est qu'il a fallu éliminer progressivement l'air contenu dans les cloches. L'anesthésie une fois obtenue, la pression a été ramenée à 110, et maintenue à ce degré jusqu'à la fin de l'expérience.

Une bouillie de chaux avait été placée dans la cloche pour absorber l'acide carbonique, lequel était d'ailleurs enlevé en majeure partie par le débit gazeux, qui a été de 2,500 litres pour la durée totale de l'expérience.

Il est donc démontré que, sous l'anesthésie prolongée et continue par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression, aucun produit toxique ne s'accumule dans l'organisme de manière à déterminer des accidents graves, même après un temps fort long.

©BIU Santé

Nous nous proposons, malgré les difficultés d'expérimentation dans les conditions indiquées, de poursuivre nos expérienees sur l'anesthésie prolongée et continue par la méthode de Paul Bert (1).

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 janvier 1888. — Présidence de M. Fraigniaud, puis de M. de Ranse.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. Fraigniaud, président sortant, prononce l'allocution suivante :

Messieurs et chers collègues,

Je vais remettre entre les mains de mon successeur la dignité dont vous m'aviez investi. Il me restera de cette longue présidence le plus doux des souvenirs, car l'honneur que vous donnez est sans peine et la tâche est rendue facile par votre constante bienveillance. Je vous remercie du fond du cœur, et je prie mes zélés collaborateurs de recevoir, eux aussi, l'assurance de toute ma reconnaissance pour le concours que j'a toujours trouvé chez eux.

Le tableau que j'ai à vous présenter de l'état florissant de notre Société ne comporterait que des paroles de satisfaction, si nous n'avions eu, cette année encore, des deuils cruels à déplorer. Nous avons perdu Gallard, Giraud-Teulon, parmi nos membres honoraires; Nonat, Lemoine, parmi nos membres titulaires; Foville, du nombre de nos correspondants. Autant de noms qui éveillent parmi nous le souvenir de maitres honorés, de confrères chers et estimés. Vous le voyez, la mort ne désarme jamais. Mais efforcez-vous de l'oublier en comptant tous ces jeunes collègues qui sont venus se joindre à nous cette année. Jamais peut-être pareil empressement ne s'était manifesté. Neuf membres titulaires, MM. Luc, Malibran, Trousseau, Desnos, Auvard, Ruault, Doléris, Berne, de Pezzer; deux membres correspondants, MM. Thiry et Clemente Fereira ont pris place parmi nous. Ces candidatures nombreuses ont apporté beaucoup de mouvement et d'activité. Vos commissions se sont succédées. Vous avez eu le plaisir d'entendre, à l'occasion des travaux qu'elles avaient à examiner, des rapports toujours intéressants, qui, en vous faisant connaitre les titres des candidats, devenaient souvent des commentaires d'une réelle importance. Vous les avez fort goûtés, et le dernier en date, à propos du prix Duparcque, décerné en novembre, n'a pas été des moins remarqués. Puis, dans l'ordre de la chirurgie, de la médecine, de l'hygiène, vous avez eu l'heureuse fortune de mémoires de grande valeur, traitant des questions pleines d'actualité. Les discussions auxquelles ils ont donné lieu sont encore dans votre souvenir et, loin d'être épuisées, vont pouvoir se continuer encore. Cette année a donc été des mieux remplie. M. le Secrétaire général vous retracera tout à l'heure le bilan plus complet de vos séances. Je ne veux pas retarder longtemps le plaisir que vous vous promettez à l'entendre et moi à l'écouter. Vous allez voir avec bonheur que l'étoile de la Société de médecine de Paris n'a rien perdu de son éclat. Comment en serait-il autrement, quand, jetant les yeux autour de moi, je vois cette assemblée d'hommes laborieux et distingués, constamment au courant des progrès qui se font, des découvertes qui s'accomplissent, apportant ici le fruit de leurs travaux, appréciant avec maturité les procédés opératoires nouveaux, les nouvelles méthodes thérapeutiques. Et, au milieu d'eux, ces jeunes collègues, infusant à la Société un sang nouveau et qui deviennent un réservoir de forces pour soutenir celles qui s'affaiblissent et réparer celles qui disparaissent. C'est donc avec une confiance absolue dans une prospérité toujours nouvelle que je vous remets, à vous mon cher président, monsieur de Ranse, dont le nom est un garant de l'avenir, ces chères destinées. A vous aussi, monsieur Perrin, qui venez de recevoir, dans un élan de juste reconnaissance, un témoignage bien flatteur de la Société et qui, après lui avoir

(1) Dans notre pratique courante, nous nous servons d'un mélange de 88 de protoxyde d'azote pour 12 d'oxygène, dont les effets sont plus rapides, mais seulement pour des opérations de courte durée.

©BIU Santé

fait pendant si longtemps de bonnes finances, lui donnerez certainement une égale fortune.

Pour moi, Messieurs, honoré du témoignage d'estime que j'emporte avec moi, je n'ai plus rien à souhaiter en quittant ce fauteuil, pourvu qu'il me reste votre amitié.

Ces paroles sont vivement applaudies.

En montant au fauteuil, M. DE RANSE remercie la Société en termes émus de l'honneur qu'elle lui a fait en l'appelant à la présidence. Il invite MM. E.-R. Perrin, vice-président, et Wickham, secrétaire annuel, à prendre place au bureau, et propose à la Société de voter des remerciements aux membres du bureau sortant. (Adopté.)

Correspondance imprimée. — Journaux et revues de la quinzaine.

Correspondance manuscrite. — Lettres de MM. Pellier, Bergeron et Dehenne, s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

Lettre de M. Ruault, qui donne sa démission de membre titulaire; cette démission est acceptée.

Lettre de M. le docteur Seiler, qui envoie plusieurs exemplaires de sa notice sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique, traitement dont il revendique la priorité.

Lettre de M. Antonin Martin, qui remercie la Société de l'avoir nommé membre honoraire.

M. TROUSSEAU fait hommage d'une brochure intitulée : *Complications oculaires de la rougeole.*

M. LE PRÉSIDENT annonce à la Société la perte qu'elle vient de faire en la personne de M. Bertherand, ancien médecin principal, membre correspondant depuis 1857.

— M. CHRISTIAN, secrétaire général, donne lecture du compte rendu des travaux de la Société pendant l'année 1887. (Sera publié.)

— M. WICKHAM lit une observation envoyée par M. Colombe (de Lisieux), membre correspondant, sur un cas de luxation des phalangines. (Sera publiée.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

SIROP CONTRE LA DYSPNÉE CARDIAQUE. — G. Sée.

Teinture d'iode	5	grammes
Sirop de raifort simple	150	—
Sirop diacode	150	—

F. s. a. un sirop composé, dont on prescrit trois cuillerées à café par jour, dans la dyspnée d'origine cardiaque. — On peut même doubler la dose. Le sirop de raifort masque la saveur de l'iode. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

NOMINATIONS. — Le professeur Koch, directeur de l'Institut d'hygiène de Berlin, est nommé médecin général de deuxième classe.

— Le docteur Stadelmann, privat docent de médecine interne à Heildelberg, a été appelé à Dorpat par le Conseil de l'Université. Rappelons à ce propos que l'Université de Dorpat vient de célébrer le 85e anniversaire de sa fondation.

— Le docteur Alfred de Cock est nommé professeur de Clinique interne à la Faculté de Gassel.

©BIU Santé

— Le docteur Ahmed Bey est appelé à la direction des Etudes à l'Ecole de médecine de Constantinople.

NÉCROLOGIE. — Le professeur T. Vanzetti, directeur de la Clinique chirurgicale de Padoue, est mort le 7 janvier dernier. — Ch. S.

COURRIER

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE. — La troisième session du Congrès français de chirurgie se tiendra du 12 au 17 mars 1888, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria, à Paris, sous la présidence de M. le professeur Verneuil.

Questions à l'ordre du jour. — Les questions suivantes sont mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. De la conduite à suivre dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales (exploration, extraction, opérations diverses).

II. De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive.

III. Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Létiévant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs.

IV. De la récidive des néoplasmes opérés, recherches des causes 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 en payant la cotisation.

Extrait du règlement. — I. Les chirurgiens qui désirent faire partie du Congrès doivent envoyer leur adhésion au Secrétariat général et y joindre la somme de 20 francs. Il leur est délivré un reçu détaché d'un registre 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. Ils doivent joindre un résumé très bref contenant les conclusions de leur travail.

Avis. — MM. les membres titulaires du dernier Congrès sont prévenus que le montant de la cotisation pour 1888 sera recouvré dans la première quinzaine de février.

Des démarches sont faites auprès des diverses compagnies de chemins de fer pour obtenir demi-place aux membres du Congrès qui se rendront à la troisième session.

Adresser toutes les communications à M. le docteur S. Pozzi, secrétaire général, 10, place Vendôme, à Paris.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 28 janvier 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Dehenne : Note sur le traitement de l'ectropion. — 2. M. Duroziez : Placenta. — 3. M. Bergeron : De l'emploi de l'acide fluorhydrique dans la tuberculose. — 4. Communications diverses.

LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer, le plus assimilable des ferrugineux, spécifique des troubles de la menstruation.

L'**ÉMULSION MARCHAIS** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Rendu : De la dilatation bronchique. — II. De l'organisation de l'Administration de la santé publique en France. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier.

Clinique de l'hôpital Necker. — M. le docteur Rendu.

De la dilatation bronchique.

Messieurs, au n° 9 de la salle Saint-Louis est couché un malade âgé de 56 ans, terrassier, entré le 2 janvier pour des accidents thoraciques.

D'après ce que cet homme raconte, il a commencé à tousser seulement dans la première semaine de décembre; il n'a jamais eu d'hémoptysie ni de point de côté, mais l'expectoration, très abondante, était souvent striée de quelques filets de sang. Se sentant peu souffrant au début, il a continué à travailler; mais, la fatigue s'étant accentuée, il s'est décidé à entrer à l'hôpital.

A son arrivée dans nos salles, on constate de suite que, si le malade a l'air fatigué et émacié, il n'a pas l'apparence cachectique. Cependant il nous fait remarquer son amaigrissement, et se plaint de sueurs nocturnes. La fièvre manque et le thermomètre ne marque que 37°, aussi bien le soir que le matin.

L'expectoration est, chez notre sujet, le symptôme le plus caractéristique. Les crachats sont de deux espèces : au milieu de mucosités transparentes, mélange de mucus bronchique et de salive, nagent de très nombreux crachats purulents très liquides, formant une sorte de purée, mais sans apparence déchiquetée. En vingt-quatre heures, le patient remplit la moitié de son crachoir, et on peut dire, au premier examen, que cette expectoration indique presque sûrement la présence d'une caverne. Elle est du reste très abondante dans la matinée, sans, pour cela, ressembler à une vomique, et dans la journée s'atténue beaucoup, ainsi que la toux. Il n'y a pas de douleurs pectorales et les phénomènes généraux sont peu accentués.

Etudions maintenant les signes physiques. A la percussion, les deux sommets sont normaux, tandis qu'à la base gauche se trouve une lésion évidente. Tout le tiers inférieur est mat, en même temps que la perte d'élasticité est presque complète; néanmoins, il n'y a pas suppression absolue des vibrations vocales qui sont seulement diminuées. On peut déjà conclure de ces signes ou que le poumon est condensé, ou qu'il y a un léger degré d'épanchement pleural.

L'auscultation ne décèle que des râles sibilants disséminés avec un peu de rudesse respiratoire, sauf à la base du poumon gauche. En ce point, on trouve un souffle très net, amphorique, à timbre large, limité au quart inférieur de l'organe. Point très particulier, lorsque, en auscultant, on se rapproche de la colonne vertébrale, le souffle reste amphorique, mais prend un timbre aigre spécial. La voix et la toux sont retentissantes, il y a une légère pectoriloquie aphone, enfin le gargouillement est très accentué.

Le poumon droit est presque complètement indemne; il n'y a pas de râles. A la base, on constate un léger affaiblissement du murmure vésiculaire explicable par la présence du foie. Il faut cependant noter que, vers le hile et un peu au-dessous, on entend un souffle assez profond.

©BIU Santé

De l'examen que nous venons de faire, on peut tirer les conclusions suivantes : la partie inférieure du poumon gauche est imperméable, et, de plus, est creusée de cavités multiples. Ce qui permet d'affirmer l'existence de plusieurs cavernules, ce sont les différences de timbre du souffle dans des points très rapprochés. On sait, en effet, que dans une grande cavité, si l'intensité du souffle peut varier, son timbre reste toujours le même.

A quel diagnostic nosologique devons-nous nous arrêter? En premier lieu, on peut écarter la bronchite simple. Depuis trois semaines, les signes auraient varié, les lésions seraient bilatérales, enfin il y aurait des râles diffus plus sibilants et ronflants.

Il ne s'agit pas non plus d'une pneumonie ou d'une pleuro-pneumonie. Dans ces maladies, le début est brusque, avec point de côté, tandis que chez notre malade les phénomènes ont évolué lentement.

L'état stationnaire du patient permet encore d'éloigner l'idée d'une affection pleuro-pulmonaire aiguë dont nous n'aurions vu que les restes. En effet, depuis son entrée dans nos salles, les seules modifications relevées sont la diminution de l'expectoration et l'amélioration de l'état général.

Tout ceci écarté, deux diagnostics doivent être examinés avec soin; on a à choisir entre la tuberculose et la dilatation bronchique.

Le diagnostic de tuberculose, moins acceptable depuis que nous avons pu suivre le malade, était très admissible au début. Le patient n'était évidemment pas phthisique, en employant ce mot dans le sens de consomption, mais son état général était altéré, et il présentait des sueurs nocturnes, de l'amaigrissement, de l'anorexie. Restaient le siège de la lésion à la base et son unilatéralité. Tout le monde sait, en effet, que dans la généralité des cas la tuberculose atteint d'abord le sommet du poumon et la bronchectasie les parties inférieures. Cependant tout cela n'a rien d'absolu, et, en consultant les statistiques de Barth, on verra que le quart à peu près des dilatations bronchiques siège au sommet et que beaucoup de tuberculoses commencent par la base. L'unilatéralité, enfin, est encore assez fréquente dans la phthisie au début.

Pour repousser la tuberculose, on peut encore s'appuyer sur l'âge du malade, les lésions localisées à la base étant très rares à cette époque de la vie. L'absence de fièvre est encore une présomption en faveur de la bronchectasie, mais ne permettrait pas de repouser la phthisie. Certains tuberculeux, en effet, creusent leurs poumons sans qu'il y ait la moindre réaction, et cela se voit surtout chez des scrofuleux atteints de lupus. La durée de la lésion pulmonaire peut, dans ces cas, être presque indéfinie. Etant interne à l'hôpital Saint-Louis en 1873, j'ai assisté au début d'une tuberculose pulmonaire chez une femme atteinte de lupus des mains; je l'ai revue dernièrement à peu près guérie de son affection cutanée et présentant une phthisie à marche très lente. Notre malade n'a pas eu d'hémoptysies, mais en aurait-il présenté que cela ne nous aurait pas suffisamment éclairé, car on en a signalé dans la dilatation bronchique.

C'est dans l'examen de l'expectoration que l'on trouve souvent des motifs suffisants pour admettre la bronchectasie. Dans cette dernière affection, les crachats sont puriformes, confondus en une sorte de purée, ce qui est très rare dans la tuberculose vraie. En outre, on peut considérer presque comme pathognomoniques de petits grumeaux grisâtres exhalant une odeur horriblement fétide et formés de masses butyreuses résultant de la transfor-

© BIU Santé

mation du pus. Quand ces grumeaux sont mélangés à la masse purulente, l'ensemble prend une odeur fade rappelant celle des vieux platras. Mais quand les crachats sont muco-purulents, assez abondants, et nagent dans des mucosités, on peut conserver des doutes, quoique, dans ce dernier cas, ils soient plus confondus, moins bien déchiquetés que dans la phthisie.

L'examen bacillaire des crachats a donné, dans le cas que nous étudions, des résultats négatifs, et, ajoutée aux autres signes, cette constatation négative nous a permis de nous arrêter à l'idée de bronchectasie.

Mais, peut-on dire, la marche des accidents a été bien rapide. Comment, en trois, six semaines même, si l'on veut, a-t-il pu se produire de pareilles lésions? Eh bien, Messieurs, une recherche minutieuse des antécédents du malade nous permet de répondre à cette objection. Il y a une trentaine d'années, en effet, il a eu une affection qu'il qualifie de bronchite, et pour laquelle il est resté deux mois à l'hôpital; cette maladie a bien guéri; mais, depuis, il a toujours rendu le matin quelques crachats purulents. Evidemment, depuis ce temps, le patient avait ses bronches dilatées, et les accidents ce sont réveillés sous l'influence d'une bronchite aiguë.

Le cas que nous étudions, disons-le en passant, s'éloigne un peu du type classique; dans ce dernier, en effet, la dilatation frappe tout un poumon et atteint un peu l'autre, où elle est beaucoup moins développée. C'est donc une affection bilatérale avec prédominance marquée d'un côté.

Quelquefois le diagnostic est excessivement difficile. C'est ainsi que, mardi dernier, nous avons examiné un jeune homme de 19 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, qui, trois semaines auparavant, avait été pris d'un point de côté à gauche, de frisson et de fièvre. Huit jours après, il avait rendu du pus en assez grande quantité à la suite d'une quinte de toux et, depuis, avait une sorte de vomique tous les matins. Après l'avoir examiné, ma première impression fut que je me trouvais en présence d'une pleurésie interlobaire. Mais, en étudiant davantage le malade, je vis que les symptômes généraux ne rappelaient en rien ceux d'une pleurésie qni se vide mal, et que les signes stéthoscopiques étaient peu en rapport avec cette hypothèse. A gauche, on trouvait bien une diminution du son à la base, mais les vibrations étaient conservées, le murmure vésiculaire perceptible, quoique amoindri, et enfin il y avait de gros râles disséminés sans gargouillement. Les crachats rappelaient l'aspect puriforme de ceux de la dilatation bronchique et, dans ces conditions, je crus pouvoir pencher vers ce diagnostic.

La bronchectasie peut du reste débuter d'une façon aiguë et j'en ai eu un exemple frappant. Un étudiant en médecine, assez faible de santé, d'un aspect chétif, présentait un rétrécissement de la trachée, suite de la trachéotomie, et souffrait depuis longtemps d'une bronchite chronique. Il fut pris, au moment même où il passait sa thèse, d'une quinte de toux avec vomique purulente. Les accidents, à partir de ce moment, s'aggravèrent; les sécrétions devinrent fétides et il mourut quelques mois après.

Une dilatation qui progresse silencieusement peut donc se manifester brusquement sous l'influence d'une fluxion aiguë de l'appareil respiratoire et sembler ainsi avoir un début brusque.

Comment se développe la maladie? Quel est le mécanisme de sa production? Ce sont là des points très controversés, et il me semble qu'en restant sur le terrain de la clinique, on peut dire qu'elle est l'aboutissant commun de processus très différents. Une bronchite chronique, à elle seule, n'est pas

©BIU Santé

capable de la déterminer ; c'est une cause prédisposante et non déterminante. Il faut remarquer, en effet, que ce qu'on voit chez les tuberculeux, c'est une sorte d'augmentation de calibre de tout l'arbre aérien et non la dilatation ampullaire. Les lésions paranchymateuses chroniques du poumou ont plus d'importance et généralement on rencontre les deux lésions ensemble. En réalité, presque toujours, il faut l'association de deux processus inflammatoires : d'une part, l'inflammation de la bronche qui diminue sa résistance ; d'autre part, l'inflammation du poumon qui altère le parenchyme. La broncho-pneumonie réalise parfaitement ces deux conditions, et, comme les broncho-pneumonies sont des affections septiques, il est probable que les bronchectasies suivent souvent les maladies infectieuses. J'ai eu, du reste, un exemple de ce processus chez un enfant frappé de broncho-pneumonie grippale et qui, contre toute attente, guérit, mais guérit en conservant une lésion bronchique.

Le pleuro-pneumonie est encore une cause fréquente de l'affection dont nous nous occupons. Quand après la guérison il reste des adhérences circonscrites, elles tiraillent constamment le poumon et la lésion bronchique se produit.

Chez notre malade, le pronostic peut être regardé comme relativement bénin ; la lésion pulmonaire est peu étendue et, au-dessus, la respiration est normale. De plus l'expectoration n'est pas fétide et s'est beaucoup modérée dans ces derniers temps.

La situation changerait, si, comme cela arrive quelquefois, il y avait extension de la lésion pulmonaire. Une autre éventualité à redouter beaucoup est l'altération putride des sécrétions bronchiques ; dans ce cas, le pronostic s'aggrave rapidement et, quoique l'on puisse lutter avantageusement encore quelque temps, tôt ou tard des phénomènes de septicémie se développent et menacent la vie du malade. Enfin, il faut encore redouter l'apparition d'une tuberculose secondaire, car la coïncidence des deux lésions est si fréquente que M. Grancher l'avait érigée en loi.

Le traitement ne peut guère attaquer que les complications de la bronchectasie. On aura surtout recours à la médication balsamique (térébenthine et analogues) et à la médication astringente. Récemment, l'eucalyptol a paru donner de bons effets. Souvent, quand il y aura des poussées inflammatoires, il sera utile, et nous l'avons fait avec succès chez notre malade, d'employer la révulsion locale sous forme de vésicatoires.

Je veux, en terminant, vous dire quelques mots d'une question toute nouvelle : l'intervention chirurgicale dans la bronchectasie. Quand les sécrétions s'altèrent et deviennent fétides, quand il y a des symptômes de septicémie, on ne doit pas hésiter à chercher où sont les cavernes, afin de pouvoir évacuer les matières septiques. On y arrive en enfonçant des aiguilles à travers le tissu pulmonaire ; quand on est tombé dans la cavité, on incise couche par couche comme dans l'empyème et on draine à l'aide d'une mèche iodoformée. En Angleterre, deux observations heureuses ont été publiées par Godlee. Les malades, cachectiques et en proie à la fièvre hectique, ont été radicalement guéris. Car, et c'est là un fait remarquable, quoique l'intervention chirurgicale n'agisse directement que sur une des cavités, la suppuration des autres se tarit et le retour à la santé devient ainsi possible. — P. C.

De l'organisation de l'Administration de la santé publique en France.

Le projet de loi présenté par M. Siegfried le 22 juin 1886 vient d'être l'objet d'un important rapport de M. Chamberland, député du Jura et directeur du laboratoire de Pasteur.

Ce projet, dit l'auteur du rapport, ne modifie pas la législation actuelle sur la police sanitaire. Il laisse de côté cette question importante... Ainsi, les maires restent investis du droit d'assurer la salubrité dans leurs communes respectives, comme le leur confère l'art. 97 de la loi du 5 avril 1884 sur la police municipale. Mais cette même loi municipale a prévu le cas où, soit par négligence, soit par intérêt mal entendu de la commune qu'il représente, un maire négligerait de prendre les mesures de salubrité nécessaires. Dans ce cas, les préfets, par l'art. 99 de la même loi, sont autorisés à « prendre pour toutes les communes du département, ou pour plusieurs d'entre elles, et dans tous les cas où il n'y aurait pas été pourvu par les autorités municipales, toutes mesures relatives au maintien de la salubrité, de la sûreté et de la tranquillité publiques. Ce droit ne peut être exercé par le préfet à l'égard d'une seule commune qu'après une mise en demeure au maire demeurée sans résultat ».

D'autre part, la loi du 3 mars 1822 permet au gouvernement d'agir, à la place des autorités locales, en cas d'épidémie pestilentielle, c'est-à-dire en cas d'invasion de maladies exotiques... Nous le répétons, ces lois ne sont pas modifiées par le projet de loi que nous avons l'honneur de vous soumettre. Le service sanitaire maritime est conservé également tel qu'il existe.

Mais les lois sanitaires, fussent-elles parfaites, ne suffisent pas : il faut que leur mise à exécution soit assurée. Or, que se passe-t-il actuellement? Les maires, n'ayant pas, en général, une compétence suffisante en matière d'hygiène, ne se préoccupent pas ou très peu de cette question; les préfets, n'étant pas renseignés sur les causes d'insalubrité qui existent dans une commune, ne peuvent user de leur droit de mettre le maire en demeure d'exécuter les travaux nécessaires; enfin, le gouvernement, n'ayant à sa disposition aucun agent spécial de renseignements, n'est prévenu, le plus souvent, de la présence d'une épidémie, que lorsque cette épidémie est déjà déclarée depuis plusieurs jours... Nous avons donc pensé qu'il était nécessaire d'établir dans chaque département, auprès des préfets, un agent autorisé de la santé publique (inspecteur départemental) qui veillerait à l'exécution des lois, s'enquerrait de la salubrité des différentes communes, et signalerait celles où des travaux seraient indispensables...

Mais, quelles que soient l'autorité et la compétence de ces agents de la santé publique, il nous a paru nécessaire de placer à côté d'eux un Conseil de la santé publique qui comprendrait toutes les sommités médicales ou scientifiques du département, et devant lequel seraient discutées les questions de salubrité ne présentant pas un caractère d'urgence... Le fonctionnement des nouveaux conseils réorganisés nous paraît assuré par la présence de l'inspecteur de la santé publique, qui saura stimuler l'ardeur et le dévouement de leurs membres, et aussi par des jetons de présence (de la valeur de 5 fr.) destinés à les rémunérer en partie de la perte de temps qui leur sera imposée.

Au-dessus de ces conseils et commissions de la santé publique fonctionnant dans les départements, il était nécessaire de créer auprès du gouvernement une sorte de grand Conseil de la santé publique, analogue au Comité consultatif d'hygiène publique qui existe actuellement, centralisant tous les travaux des conseils et commissions des départements, et donnant une organisation régulière et uniforme à l'hygiène publique dans notre pays.

A côté de ce grand Conseil, nous avons placé un représentant autorisé du gouvernement, donnant l'impulsion générale à tous les services de la santé publique. Ce représentant du gouvernement porte dans notre projet le nom de directeur de la santé publique.

Plusieurs membres de la commission auraient désiré qu'on créât un ministère de la santé publique, mais la majorité des membres a pensé que, en raison de la situation

©BIU Santé

bu dgétaire, et en attendant de connaître l'importance que pourrait prendre plus tard le n ouveau service, il valait mieux se borner à créer une direction...

Une question qui a beaucoup occupé votre commission est la fusion des deux services de l'hygiène publique proprement dite et de l'Assistance publique. Actuellement... ces deux services sont absolument distincts. Doivent-ils être réunis sous la même direction ? Votre commission, à l'unanimité, a tranché affirmativement la question.

Enfin, autre innovation qu'on rencontre partout à l'étranger, un laboratoire est créé auprès de la direction de la santé publique. afin de poursuivre l'étude des maladies contagieuses et de faire toutes les recherches scientifiques concernant les questions de la santé publique.

Pour être clair et précis, il nous paraît nécessaire d'indiquer en quoi le projet de la commission diffère de celui qui avait été déposé par le gouvernement... La différence qui existe entre eux vient surtout de la fusion des deux services de l'hygiène et de l'Assistance publique, dans la création d'une direction de la santé publique, dans le choix laissé au gouvernement de rattacher cette direction à tel ministère que bon lu semblera, enfin dans la composition et le fonctionnement du Conseil supérieur e la santé publique. Le projet du gouvernement maintenait les services de l'hygiène c' ils existent actuellement, c'est-à-dire au miinstère du commerce. La raison principale i o-quée pour ce maintien est surtout tirée de ce fait que presque toutes les questions ; ii intéressent l'hygiène intéressent également le commerce... La commission a pensé, au contraire, que cette raison était précisément une de celles qui pouvaient être indiquées en faveur du rattachement de ces services à un autre ministère ; si le même ministère se trouve à la fois juge et partie, n'est-il pas à craindre que l'un des services ne soit sacrifié à l'autre ?

Pour la composition du Conseil supérieur de la santé publique destiné à remplacer le Comité consultatif d'hygiène publique actuel, il a paru à la commission qu'il était nécessaire d'augmenter le nombre de ses membres, en y adjoignant au besoin des membres habitant la province, de diminuer le nombre de ses sessions et de les réduire à deux par année. Actuellement, les séances du Comité consultatif d'hygiène sont hebdomadaires. Mais, pour que le directeur de la santé publique puisse toujours prendre conseil des lumières de ce corps savant, une section permanente, choisie dans son sein, a été créée, et elle peut être réunie chaque fois que le besoin s'en fait sentir...

Le directeur de la santé publique est destiné à remplacer le Comité actuel de direction institué en 1881, comité qui se compose de trois personnes : le directeur du commerce intérieur au ministère du commerce, le président du Comité consultatif d'hygiène publique et l'inspecteur général de ces services.

La commission a pensé qu'il était préférable de n'avoir à la tête des services qu'une seule personne responsable : le directeur de la santé publique, placé immédiatement sous les ordres du ministre.

Auprès de lui deux inspecteurs généraux de la santé publique auraient pour mission de se rendre sur les différents points de la France afin de s'assurer, surtout en cas d'épidémie, que toutes les mesures sanitaires ont été convenablement prises.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 janvier. — Présidence de M. Poiaillon.

Sommaire : Le catgut. — Présentation de pièce pathologique. — Rapport : De l'influence de la septicémie sur la grossesse. — De l'ostéomyélite infectieuse aiguë développée chez l'adulte. — Tarsectomie. — Présentation de malade : Impotence du membre inférieur (suite de fracture), guérie par la résection d'un cal exubérant.

A l'occasion du procès-verbal de la précédente séance, M. Championnière met sous les yeux de ses collègues un spécimen de catgut qui lui paraît réunir toutes les conditions requises pour l'usage chirurgical.

— M. Pozzi présente une pièce d'hémato-pyosalpingite gauche. Le kyste est du volume des deux poings. Il y avait eu une ouverture spontanée dans le rectum quelques jours auparavant. Le pus était très fétide.

La trompe et l'ovaire du côté droit légèrement malades ont aussi été enlevés.

La malade, opérée depuis trois jours, va très bien. Il n'y a pas eu de fièvre depuis l'opération.

— M. Marchand fait un rapport sur un travail adressé par M. le docteur Jeannel (de Toulouse) duquel il semble résulter que la fièvre septicémique, à moins qu'elle ne revêt un caractère de gravité exceptionnelle, n'exerce aucune influence sur le cours de la grossesse.

— M. Berger fait une communication sur l'ostéomyélite infectieuse aiguë développée chez l'adulte.

L'ostéomyélite cesse d'apparaître, en thèse générale, à partir du moment où les cartilages de conjugaison sont ossifiés, où le périoste n'a plus qu'un rôle de protection et de nutrition, et où le développement du squelette est achevé. Cependant il est des cas relativement exceptionnels d'ostéite infectieuse aiguë, spontanément développée chez l'adulte. De ce nombre est le fait suivant observé par M. Berger.

Il s'agit d'une femme de 45 ans, entrée à l'hôpital Tenon le 6 avril 1887, présentant un état général peu satisfaisant et des symptômes de douleur et d'épanchement dans le genou gauche, que M. Berger décrit avec soin. A l'entrée de la malade, M. Berger pensa qu'il s'agissait d'une tumeur blanche osseuse, d'une affection du genou consécutive à une ostéite ayant eu son origine dans l'adolescence et se manifestant par de nouveaux accidents au bout de plusieurs années.

Une collection située au-dessus du condyle interne du fémur est ouverte, le 9 avril, avec toutes les précautions antiseptiques. Il s'en écoule une assez grande quantité de pus, sans modification de l'épanchement articulaire. La température s'élève à 40° dès le lendemain; M. Berger ouvre largement le genou, le vide des liquides qu'il contient en abondance, et se décide à pratiquer le jour suivant l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. Mais à peine avait-il pratiqué la section des parties molles qu'il acquit la certitude d'avoir affaire à une périostite phlegmoneuse diffuse, c'est-à-dire à une ostéomyélite véritable, et il se résolut à procéder, séance tenante, à la désarticulation de la hanche. Il avait constaté auparavant, par la section du fémur, que le centre même du canal médullaire était occupé par une traînée de pus verdâtre. Mort quatre jours après l'amputation, par les progrès de l'infection.

Autopsie : Double broncho-pneumonie; grande quantité de liquide louche dans le péritoine. Dégénérescence graisseuse du foie. Artère et veine iliaques externes oblitérées par un caillot fibrineux très adhérent.

L'examen du membre amputé montre le *périoste* considérablement épaissi sur toute l'étendue du fémur, se décollant avec facilité; petits îlots purulents disséminés au-dessous de lui; *fémur* sans trace d'hypérostose ancienne, ni déformation ; partout également vascularité sans modification de consistance; traînées purulentes en divers points du canal médullaire, dont la moelle est rouge dans les points où il n'est pas suppuré. — Infiltration purulente de l'extrémité inférieure du fémur, dans tout le tissu spongieux des condyles, sans communication apparente avec le pus de la surface de l'os. — Décortication facile des *cartilages* des condyles fémoraux, érodés par places et imbibés des liquides de l'articulation. — *Synoviale* indemne de fongosités, injectée, recouverte de fausses membranes grisâtres, offrant les lésions de l'arthrite suppurative aiguë. — *Ligaments* intacts. — Nulle part on ne trouve ni fongosités péri-articulaires, ni le tissu lardacé que l'on rencontre autour des tumeurs blanches. Rotule saine.

Il s'agissait, en résumé, dans ce cas, d'une ostéomyélite développée spontanément, sans cause occasionnelle ou prédisposante autre qu'une fatigue excessive au moment de la dernière époque menstruelle.

Conclusions de l'auteur :

« Les ostéomyélites infectieuses aiguës qui se développent chez l'adulte sont, dans la

©BIU Santé

grande majorité des cas, la récidive éloignée d'affections de même ordre survenues pendant la période de développement et d'accroissement du squelette.

« Les lésions persistantes que laisse à sa suite la première atteinte de l'ostéomyélite favorisent la fixation dans l'os et le développement des germes infectieux, et prolongent, jusque dans l'âge adulte et la vieillesse, l'aptitude du tissu médullaire à servir de terrain de culture aux micro-organismes de la suppuration. »

M. Bouilly a eu l'occasion d'observer deux cas analogues à celui dont M. Berger vient de donner la relation.

Dans le premier cas, il s'agit d'une dame de 32 à 33 ans chez laquelle se manifestèrent, dans le courant du mois de décembre 1886, des phénomènes ressemblant aux symptômes de la fièvre typhoïde. M. Bouilly constata l'existence d'un abcès à l'extrémité supérieure de la cuisse gauche. Cette dame, sans avoir jamais eu d'affection déterminée du côté du membre malade, boitait légèrement et éprouvait de ce côté une raideur pouvant être considérée comme l'indice d'une atteinte antérieure. — Après une incision profonde et une trépanation du fémur, les accidents se dissipèrent complètement.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme de 36 à 40 ans, qui éprouvait des douleurs extrêmement vives dans la cuisse gauche. Le médecin qui le soignait hésitait dans son diagnostic entre une maladie de la moelle et une affection néoplasique. Un jour il découvrit une collection purulente qui fut ouverte dans une grande étendue, mais qui très probablement ne fut pas traitée avec des précautions antiseptiques suffisantes, car le malade succomba à des accidents septicémiques, malgré l'intervention *in extremis* de M. Bouilly.

M. Lannelongue reconnaît avec MM. Berger et Bouilly que l'ostéomyélite primitive de l'adulte est une affection rare. C'est avec raison qu'ils ont recherché sur leurs malades des traces antérieures d'une ostéomyélite supposée de l'enfance ou de l'adolescence, et quand on parle de l'ostéomyélite de l'enfance, c'est à compter de la première année de la vie qu'il faut, suivant M. Lannelonge, faire dater, à ce point de vue, la période dite de l'enfance, car il n'est pas rare de rencontrer dès cet âge la maladie en question. Du reste, on en observe des exemples à tout âge, et de nombreuses observations ont été recueillies qui démontrent la réalité de l'apparition de la maladie à toutes les périodes de la vie.

Quant à la porte d'entrée du micro-organisme de l'ostéomyélite, M. Lannelongue déclare qu'elle est souvent de dimensions extrêmement petites ; il suffit souvent, comme il en a vu des exemples, d'une légère fissure à la peau ou aux muqueuses, de la moindre excoriation, d'une carie dentaire, etc., pour ouvrir la voie à l'introduction du parasite dans l'organisme.

M. Trélat croit devoir citer à l'appui de l'opinion exprimée par M. Lannelongue, le fait d'un peintre en bâtiments, âgé de 39 ans, entré dans son service pour une tumeur osseuse du tibia survenue depuis six mois, sans cause appréciable. Cette affection, d'un diagnostic difficile, nécessita l'amputation de la cuisse qui démontra qu'il s'agissait bien, comme l'avait pensé M. Trélat, d'une ostéomyélite chez l'adulte. Or cet homme n'avait pas d'autre antécédent qu'une chute faite sept années auparavant, de la hauteur de trois barreaux de son échelle de peintre, et à la suite de laquelle il dut rester pendant cinquante jours sans marcher et sans travailler.

Dans un second fait, un individu d'une trentaine d'années avait éprouvé à l'avant-bras, sans contusion, sans choc, une douleur qui fut suivie au bout de quelques jours d'un gonflement léger. Une petite incision pratiquée aa niveau du mal amena des douleurs autrement vives dans le bras qui se tuméfia notablement. Grande incision donnant issue à un écoulement considérable de pus, sans soulagement, et suivie d'une fièvre vive avec température élevée. Bref, nécessité de recourir à la désarticulation de l'épaule suivie de mort par ostéomyélite infectieuse à marche extrêmement rapide.

Dans un troisième fait, il s'agit d'un homme de 37 ans entré à l'hôpital pour une légère arthrite du genou. A l'examen, on constate, du côté du membre malade, des cicatrices indiquant l'existence antérieure d'une ostéomyélite de l'enfance dont le ma-

lade se croyait guéri depuis de longues années. Les douleurs occasionnées par la légère hydarthrose du genou allèrent en augmentant de jour en jour, en même temps que l'épanchement et la température fébrile. Il fallut pratiquer l'arthrotomie qui donna issue à une grande quantité de pus, et à la suite de laquelle, malgré tous les soins les plus minutieux de lavage et de nettoyage de l'articulation, M. Trélat dut recourir, en désespoir de cause, à l'amputation de la cuisse.

Comme conclusion, M. Trélat déclare que l'ostéomyélite est une maladie ayant toujours ou presque toujours une vieille histoire, et dont il importe de rechercher les traces avec le plus grand soin. Il faut savoir, toutefois, que, si elle date le plus souvent de l'enfance, elle peut aussi apparaître primitivement dans l'âge adulte. La chose est rare, mais possible.

M. Léon Le Fort a plus d'une fois observé des cas d'ostéomyélite débutant chez l'adulte par des accidents ressemblant aux symptômes de la fièvre typhoïde et que l'on a désignés sous le nom de typhus des membres. Il admet donc l'ostéomyélite aiguë primitive de l'adulte qui a toujours une gravité énorme et dont il a observé plusieurs exemples.

M. Reclus estime que, dans la recherche des antécédents des adultes atteints d'ostéomyélite, il ne faut pas toujours s'attendre à trouver toute la série des phénomènes indiquant l'existence antérieure d'une ostéomyélite grave. Le tableau complet manque quelquefois, comme il en a observé un exemple sur un sculpteur de 27 ans, qui, ayant eu dans son enfance une atteinte légère de la maladie, a eu, il y a deux ou trois ans, une ostéomyélite du tibia que M. Reclus est parvenu à guérir par une série d'évidements de l'os à l'aide du trépan, de la gouge et du maillet.

— M. Le Dentu présente le moule en plâtre de la jambe d'une femme à laquelle il a pratiqué la tarsectomie pour une déformation extrême du pied rendant la marche impossible. Il a fallu, outre l'extirpation de l'astragale et du cuboïde, réséquer une partie du calcanéum et du scaphoïde. De la comparaison des moules du membre avant et après l'opération, il résulte qu'au double point de vue esthétique et fonctionnel, l'opération pratiquée par M. Le Dentu, a donné un résultat très satisfaisant.

— M. le docteur Gérard Marchant présente un malade auquel il a pratiqué avec succès la résection d'un cal exubérant ayant déterminé par suite de la compression du nerf sciatique poplité externe, l'impotence fonctionnelle du membre inférieur, par paralysie et atrophie musculaire. (Comm. M. Schwartz.) — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 janvier 1888.

Sommaire : *Applications thérapeutiques de l'acide borique. — Traitement de la fièvre typhoïde par la méthode de Brand.*

M. Gaucher : L'acide borique n'est pas caustique, il est insipide et sa toxicité est presque nulle. De là des avantages multiples. M. Gaucher a expérimenté le pouvoir toxique de l'acide borique en en faisant ingérer quotidiennement 50 centigrammes à des cobayes, pesant environ 300 grammes; ces animaux n'ont succombé qu'après 11 et 14 jours. Toute proportion gardée, il faudrait donc une dose quotidienne de 75 grammes pour empoisonner un homme adulte.

En applications topiques, l'acide borique réussit parfaitement contre l'impétigo dont la nature infectieuse et contagieuse n'est plus contestable. Incolore et inodore, l'acide borique donne contre l'impétigo d'aussi bons résultats que l'huile de cade, si désagréable par son odeur et les taches qu'elle laisse.

M. Gaucher fait d'abord appliquer sur les croûtes impétigineuses des cataplasmes d'amidon, puis la pommade suivante : acide borique 3 grammes, glycérolé d'amidon 30 grammes. La guérison s'est produite entre 8 et 15 jours sur 103 cas d'impétigo, dont

©BIU Santé

80 traités à la consultation dermatologique que M. le professeur Grancher à confiée à M. Gaucher à la clinique des maladies des Enfants.

M. Gaucher signale, en outre, un cas de guérison d'une tuberculose cutanée probable par la même pommade boriquée. Il s'agissait d'une petite fille de 4 ans, atteinte depuis l'âge de 8 mois d'ulcérations consécutives à des nodosités cutanées. Ces lésions ressemblaient assez par leur évolution et leur aspect à des ulcérations tuberculeuses pour que M. Gaucher se considère comme certain du diagnostic, malgré l'absence d'examen bactériologique.

M. Gaucher rappelle à ce propos qu'il y a peut-être une parenté éloignée entre l'impétigo et la tuberculose. M. Grancher, après avoir fait de nombreuses inoculations d'impétigo à des animaux, n'a réussi qu'une fois, il est vrai, à rendre un cobaye tuberculeux, en inoculant non seulement le pus, mais le produit de râclage du fond de l'ulcération.

M. Grancher pense néanmoins que le micro-organisme de l'impétigo est distinct de celui de la tuberculose.

Frappé par ce cas de guérison d'une ulcération tuberculeuse par l'acide borique, M. Gaucher, certain d'ailleurs de la toxicité insignifiante de ce corps, l'a donné à l'intérieur à plusieurs tuberculeux de l'hôpital Cochin aux doses 0,50 centigr. à 1 gramme par jour. Il a vu disparaître chez plusieurs phthisiques avancés la fétidité des crachats qui devenaient plus fluides. Deux fois même l'état général s'améliora, dans un cas les signes stéthoscopiques même s'amendèrent. Jamais le médicament ne causa le moindre trouble gastro-intestinal.

M. Gaucher cite encore deux cas de phthisie soignés en ville et améliorés par l'emploi interne de l'acide borique.

L'acide borique s'élimine facilement et rapidement par les urines. De là une source de nouvelles applications thérapeutiques. Les chirurgiens se servent avec avantage depuis assez longtemps de solutions boriquées pour laver la vessie des malades atteints de cystite. M. Gaucher a pensé obtenir des avantages équivalents en donnant l'acide borique à l'intérieur à la dose de 1 gramme par jour à des vieillards atteints de cystite et d'hypertrophie de la prostate. Les urines, qui étaient troubles et chargées de muco-pus, se sont éclaircies. Plusieurs chirurgiens avaient administré le borate de soude pour des cas analogues, mais l'acide borique présente l'avantage de n'être pas astringent.

M. Juhel-Rénoy vient protester contre le dédain injuste du corps médical parisien des hôpitaux pour le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids. Il a, dans une récente épidémie de fièvre typhoïde, traité en quatre mois à la Pitié 43 typhiques par la réfrigération systématique et a obtenu des succès équivalents à ceux qu'ont fourni Brand en Allemagne, Bouveret et Tripier au nom du corps médical lyonnais.

Sur ses 43 typhiques, M. Juhel-Rénoy n'a perdu que 3 malades, soit une mortalité de 6,98 p. 100. Brand a obtenu 7,4 p. 100, Bouveret et Tripier 8,5 p. 100. La statistique de Brand porte sur 8,141 cas.

Dans l'armée allemande, où la méthode de Brand est règlementaire, on a vu la mortalité abaissée à 5,5, et même 1,8 p. 100, chiffres humiliants pour nous.

On a reproché à des statistiques si favorables d'avoir compris des cas d'embarras gastriques parmi les fièvres typhoïdes. Dans sa statistique personnelle, M. Juhel-Renoy n'a admis que des fièvres typhoïdes authentiques et même très graves. Les trois malades qui ont succombé sont morts dès les premiers jours; c'étaient deux alcooliques renforcés qui ont eu des perforations intestinales, et une femme enlevée par l'intensité de l'infection. Sur les 40 malades qui ont guéri, il y avait 14 cas très graves, 9 sévères, 10 moyens, 9 légers. Le traitement a exigé 2,795 bains, environ 65 par malade.

La méthode des bains froids ne favorise nullement les hémorrhagies, les complications pulmonaires et la syncope, comme on l'en a accusée. Le typhique traité par l'eau froide a toujours la langue humide, il n'a jamais de stupeur, il a retrouvé le sommeil, il n'a qu'une diarrhée modérée, ses urines sont abondantes et claires.

Les malades n'opposent presque jamais de résistance à ce traitement, dont l'installation matérielle est très simple. M. Juhel-Rénoy a baigné sans accident deux femmes typhiques enceintes et les autres femmes pendant leurs règles, et tous ses malades sans

distinction d'âge, depuis 7 ans jusqu'à 50 ans. Deux fois seulement chez des cardiaques il a employé le bain refroidi suivant la méthode de Ziemsen.

La seule contre-indication au bain froid est la perforation et la péritonite. Le bain froid abrège la convalescence, ce qui est un avantage de plus avec l'encombrement actuel de nos hôpitaux. « Je prie donc, conclut M. Juhel-Rénoy, mes collègues de tenter encore l'application méthodique des bains froids, méthode qui a été introduite en France par Jacquez (de Lure). On restreindra ainsi l'impôt si lourd que la fièvre typhoïde fait payer aux classes nécessiteuses de Paris, et surtout à toute cette population qui boit une eau dont le rôle nocif n'est plus à démontrer. Je veux espérer qu'il en sera bientôt de même du rôle curateur du bain froid, et qu'on pourra dire que « ce que l'eau fait, l'eau le défait. »

M. Dujardin-Beaumetz a opposé plusieurs critiques au plaidoyer de M. Juhel-Rénoy. Le bain froid, loin de produire une diminution de calorique, augmente les combustions organiques, comme l'a démontré M. Quinquaud. Ce qu'il a d'utile, c'est son action tonique et antinerveuse; les bains tièdes ont les mêmes avantages sans avoir les mêmes inconvénients.

Dans la fièvre typhoïde existent souvent des altérations cardiaques (myocardites infectieuses) et vasculaires qui exposent à la mort subite les malades soumis au bain froid.

Le bain froid à 17° est douloureux pour des malades qui ont 40 et 41°, quoiqu'en dise M. Juhel-Rénoy.

Le personnel et le matériel sont plus compliqués que ne l'a dit M. Juhel-Rénoy. M. Beaumetz ne pourrait matériellement l'appliquer dans son service.

La méthode de Brand ne transforme la fièvre typhoïde en maladie bénigne qu'à la condition d'être appliquée dès le début. Or, le plus souvent, dans les hôpitaux les malades ne nous arrivent que le huitième jour.

Quant à ceux qui apportent des statistiques si belles, on peut leur rappeler le mot de Forget : « La statistique est une bonne fille qui se livre au pramier venu. » M. Beaumetz, dans les bains froids, a des statistiques presque aussi belles que celles de M. Juhel-Rénoy, M. Bouchard en a de plus belles encore, et M. Pécholier a dit qu'avec les bains tièdes on ne perdrait jamais un malade.

D'ailleurs la méthode de Brand n'a pas encore fait beaucoup d'adeptes en Europe en dehors de l'Allemagne, de l'école lyonnaise et de quelques médecins italiens.

M. Féreol, après avoir fait quelques essais de la méthode de Brand, y avait renoncé par défaut de personnel et à la suite de quelques insuccès. Mais il pense que si les statistiques des médecins lyonnais sont exacts, il y aurait lieu de reprendre la question.

M. Hayem reproche à la méthode de Brand d'être purement empirique et de rappeler les procédés thérapeutiques du vieux temps. Elle est systématique et exclusive. On peut obtenir les mêmes effets sthéniques avec les lotions froides, le drap mouillé, la réfrigération progressive, les toniques, l'alcool, etc.

Tant qu'on n'aura pas trouvé le médicament spécifique contre la fièvre typhoïde, le mieux est de la traiter suivant les indications ; c'est ce que fait M. Hayem. La quinine seule peut être considérée comme ayant une action médicamentense spéciale ; en dehors d'elle, il n'y a que l'expectation.

M. Juhel-Rénoy réplique que, avec un infirmier supplémentaire et trois baignoires, il a pu donner des bains froids à tous ses typhiques; les difficultés matérielles ne sont donc pas insurmontables.

Les statistiques sont irréfutables. Sur les 50,000 cas rapportés par Bouveret, la mortalité atteint à peine 8 p. 100, au lieu de 14, 15 et 19 p. 100, chiffres indiqués par M. Jaccoud pour les traitements usuels. A l'hôpital de la Croix-Rousse, les mêmes médecins qui, avec les méthodes anciennes, avaient une mortalité de 22 p. 100, ont obtenu 16,5 p. 100 avec les bains tièdes et 7,5 p. 100 avec les bains froids.

La méthode des bains froids, imposée à l'armée allemande, a ramené la mortalité à 10 p. 100, et compte encore des partisans nombreux en Suisse. — P. L. G.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Un Congrès de gynécologie, accouchements et pédiatrie se tiendra, à Madrid, en mai 1888.

— D'après la *Riforma medica*, le ministre de l'intérieur d'Italie vient de nommer une commission à l'effet d'étudier l'épidémie de stomatite ulcéro-membraneuse qui sévit actuellement dans les hôpitaux de Palerme. Les membres de cette commission sont les trois professeurs : Armanni, Silvestrini et Weis.

Une autre commission, composée de Tommasi Crudeli (président), de Renzis, Albanèse, Durante et Inghilleri, vient d'être nommée par le ministère de l'intérieur à l'effet de discuter les meilleures mesures à adopter dans l'organisation de la police sanitaire.

— Le docteur Steward vient d'ajouter (dans la revue internationale des sciences médicales) un nouvel élément à la liste déjà longue des signes servant à diagnostiquer le sexe des enfants avant la naissance. La mère sent-elle le poids du fœtus à gauche, c'est un garçon; sent-elle ce poids plus particulièrement à droite, c'est une fille. L'auteur a fait 25 fois ce diagnostic sans jamais se tromper. — Ch. S.

COURRIER

— Par arrêté, en date du 13 janvier 1888, M. le docteur Donnet, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Bordeaux, est nommé directeur-médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Vaucluse, en remplacement de M. le docteur Bigot, décédé. — M. le docteur Donnet est maintenu dans la première classe du garde.

— Par arrêté, en date du 13 janvier 1888, ont été nommés aux emplois de médecins en chef de l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, créés par l'arrêté du 7 janvier 1888 :

M. le docteur Marandon de Montyel, médecin en chef de l'asile public d'aliénés de Marseille.

M. le docteur Rey, médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Vaucluse.

— M. le docteur Joseph Saintour, décédé à Paris, le 18 novembre 1887, a fait les legs suivants :

1° A la Faculté de médecine de Paris, 1,000 francs de rente 3 0/0 pour la fondation d'un prix annuel, de pareille somme, à décerner sous le nom du testateur, sur un sujet désigné par la Faculté;

2° Au Collège de France, une rente do 1,000 francs, également à décerner en un prix annuel sur un sujet proposé par l'assemblée des professeurs;

3° A chacune des cinq Académies de l'Institut de France, 1,000 francs de rente également pour la fondation d'un prix annuel à décerner sur un sujet proposé par les différentes classes;

4° Le reste de sa fortune partagé par neuvièmes entre la Faculté de médecine, l'Académie de médecine, le Collège de France, les cinq classes de l'Institut, pour augmenter d'autant les prix annuels indiqués ci-dessus, et son exécuteur testamentaire.

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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte, gravelle,** et toutes les **affections lithiasiques.**

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Durand-Fardel : Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — II. L. Arnaudet : Note sur le traitement du furoncle et de l'anthrax. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Courrier. — V. Analyse du Lait d'Arcy.

Ecole pratique.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques.

LEÇON D'OUVERTURE.

Par le docteur Max. Durand-Fardel.

Messieurs,

Je dois commencer par vous définir l'objet précis de ce cours. Je me propose de vous apprendre à vous servir des eaux minérales comme on se sert des autres agents de la thérapeutique. Il n'est pas nécessaire que j'insiste sur le peu de place que les eaux minérales occupent dans la science, et sur la grande place qu'elles tiennent dans la pratique. Je m'efforcerai de vous faire saisir le caractère scientifique qui doit leur appartenir et de vous bien pénétrer de la part qui leur revient dans le traitement des maladies chroniques. Ce que je vous propose est donc un enseignement essentiellement pratique et complémentaire de l'enseignement général de la thérapeutique.

J'entre immédiatement en matière.

Qu'est-ce que l'on doit entendre par *eaux minérales* en médecine? On doit entendre des eaux naturelles qui sont utilisées en thérapeutique en raison des qualités propres qui appartiennent à chacune d'entre elles.

C'est là une définition bien vague, et qui cependant me paraît la mieux appropriée. Ni le fait de la thermalité, ni le fait de la minéralisation ne peuvent servir à les définir, puisque la thermalité peut leur manquer, et que des eaux naturelles peuvent être thermales sans avoir de caractère thérapeutique, et puisque toutes les eaux issues du sol sont minéralisées d'une manière quelconque. Une telle définition sert au moins à les distinguer entre elles et à différencier leur usage de celui de l'eau en général, à différencier la médication thermale de l'hydrothérapie chaude ou froide.

L'idée que nous pouvons nous faire de l'origine des eaux minérales peut être ramenée à un fait élémentaire très simple : pénétration des eaux atmosphériques dans l'intérieur de la terre; remontement de ces mêmes eaux, accompagnées des principes qu'elles ont trouvé à s'y assimiler.

L'eau tient une place énorme dans l'intérieur du noyau solide du globe terrestre, peut-être comparable à celle qu'occupe sous nos yeux l'immense étendue des mers (Daubrée). Pénétrant par imbibition, par attraction capillaire, par les espaces que laissent les fentes et les fractures de l'écorce solide, les eaux atmosphériques se répandent dans des nappes souterraines que nous pouvons atteindre; elles remplissent les interstices, les intervalles, les cavités; elles font corps avec les roches les plus compactes; elles pénètrent enfin dans des régions inaccessibles où notre pensée seule peut les suivre.

Les nappes relativement plus superficielles fournissent les sources qui s'écoulent sous nos regards, formant les ruisseaux et les fleuves. Les plus

©BIU Santé

profondes trouvent leur issue par les volcans et par les eaux minérales. Les unes et les autres ramènent des vestiges des principes existant dans les terrains parcourus.

L'action qui les fait surgir au dehors est celle d'un siphon naturel, auquel s'ajoute souvent la force expansive des gaz. Elle s'opère par les voies d'issue qu'elles rencontrent, profitant même parfois d'une faille directe qui a servi à leur introduction et où s'établit alors un double courant d'eaux descendantes (froides) et d'eaux ascendantes (chaudes).

On admet, au point de vue de l'origine des eaux minérales : 1° des eaux dites profondes, ou géologiques, ou d'épanchement ; 2° des eaux dites superficielles, ou d'infiltration, ou de lixiviation.

L'incorporation des principes minéralisateurs se fait par dissolution des principes solubles, aidée par un degré quelconque de chaleur et de pression, et surtout par l'entremise du gaz carbonique qui, à part les eaux constituées par les acides du soufre, doit être considéré comme l'agent minéralisateur par excellence. Ceci s'applique surtout aux eaux dites superficielles (expression qu'il ne faut prendre que dans un sens tout relatif), ou de lixiviation. Celles-ci renferment surtout de la chaux, de la magnésie, des sulfates, du fer, de l'arsenic, plus les chlorures, la soude et la potasse qui meublent les terrains qu'elles ont traversés. Elles offrent, en général, peu ou point de thermalité, ne sont que faiblement minéralisées et d'une moindre abondance que les suivantes. Quant à celles-ci, eaux profondes ou d'épanchement, des conditions excessives de température et de pression, dont nous ne pouvons nous faire d'idée, président à leur minéralisation, et à des réactions que nous ne pouvons pas toujours définir et que nous pouvons encore moins imiter. C'est sans doute ici qu'à l'action de *dissolution*, que je viens de vous signaler, s'ajoutent des actions de *décomposition*, exercées sur les roches dites congénères par des acides énergiques tels que les acides carbonique, sulfurique et chlorhydrique. Ces eaux sont riches principalement en soude, en sulfures et en chlorures, de thermalités élevées et de fortes minéralisations (excepté les sulfurées); elles sont généralement d'une grande abondance.

L'existence d'une source minérale se décèle ou par sa température, supérieure à celle du milieu ambiant, dans tous les cas par sa température fixe, ou par les gaz qui s'en échappent, ou par sa saveur; quelques-unes ont été dénoncées par des animaux que leur instinct y avait conduits.

Le premier soin doit être d'en opérer le captage, c'est-à-dire de les isoler des terrains environnants, précaution toujours indispensable, à moins qu'elles ne sortent directement de la roche, dont les parois leur constituent alors un captage naturel.

On procédera ensuite à leur analyse chimique. Celle-ci y fera découvrir d'abord les principes banaux qui se rencontrent dans toutes les eaux issues du sol, puis des principes spéciaux, tout à fait caractéristiques. Quelquefois, au contraire, leur analyse ne fournira que des résultats relativement négatifs, circonstance non moins caractéristique, comme vous le verrez, et dont j'aurai à vous faire ressortir l'importante signification.

Si leur débit suffisant permet de leur attribuer des usages balnéaires, ce que l'on réalisait dans le commencement au moyen d'excavations naturelles ou artificielles où l'on venait s'y plonger ou s'exposer à leurs émanations, on les recueille et on les distribue dans des installations dites établissements thermaux. A la simple balnéation s'ajouteront des engins

particuliers et diversifiés, qui utiliseront toutes les ressources de la balnéothérapie thermale, douches, inhalations, vapeurs, etc.

Enfin, à l'empirisme, qui a dû présider d'abord à leurs applications, a succédé une observation méthodique qui a permis d'instituer une médication rationnelle, basée sur les indications, et aussi précise que peut l'être le reste de la thérapeutique.

Vous voyez que l'hydrologie médicale intéresse à la fois la géologie pour ce qui concerne et les problèmes de l'origine des eaux minérales et les renseignements qu'elles peuvent apporter sur la structure du sol, et la chimie, par les notions qu'elle nous fournit touchant leur constitution *saisissable* ; et l'art de l'ingénieur et de l'architecte pour en réaliser les applications ; et la médecine, par les rapports qu'elle comporte entre les maladies chroniques et leur traitement par les eaux minérales.

Vous voyez, en même temps, combien serait étendu le programme d'un cours complet d'hydrologie médicale. Je n'en retiendrai que ce qu'il est nécessaire que tout médecin connaisse.

Prenons pour exemple une station thermale quelconque. Qu'importe-t-il de savoir ?

D'abord sa constitution chimique et physique ; ensuite les ressources balnéothérapiques dont elle peut disposer ; puis, sa situation géographique et topographique ; enfin, et comme corollaire de ce qui précède, ses appropriations thérapeutiques, c'est-à-dire les indications auxquelles elle est apte à répondre.

Le nombre des eaux minérales installées, c'est-à-dire des stations thermales, est considérable. Faire l'histoire successive de chacune d'entre elles est le fait d'un dictionnaire et non d'un enseignement méthodique.

Vous savez que le luxe exorbitant de notre matière médicale peut se réduire dans la pratique à un nombre très restreint de médicaments et de formules. En voyage, dans les campagnes reculées, toute la médecine se fait avec quelques médicaments choisis. Chacun de nous, s'il laisse à d'autres le rôle d'expérimentateur, n'a-t-il pas à son usage un certain nombre de formules dont il ne sort guère ? Il est certain que toute la médecine thermale peut se faire avec un très petit nombre d'eaux minérales. L'administration de la guerre pourvoit à toutes les indications thermales avec les stations de Bourbonne, Vichy, Amélie, Barèges, Guagno, sièges de vastes établissements militaires, surtout les quatre premiers, un service plus restreint à Bourbon-l'Archambault et quelques lits à Plombières. Il suffirait d'en ajouter deux ou trois autres pour compléter un cadre, qui n'avait trait qu'à une partie déterminée de la population.

Ceci ne signifie pas que l'on doive s'en tenir à la connaissance de ces quelques stations, qui ne sont en réalité que des types des formes multiples de la médication thermale. Mais ceci nous amène déjà à concevoir une certaine simplification de cette étude. Celle que nous ferons ensemble ne se limitera pas ainsi, et ceci pour les deux raisons suivantes, entre beaucoup d'autres.

1° La médication par les eaux minérales ne vient pas, comme les autres, à la rencontre du malade : c'est lui qui doit l'aller chercher. Il y a donc des considérations géographiques dont on ne saurait se désintéresser. En outre, elle comporte des éléments multiples dont il faut tenir compte, et qui sont ses avantages et ses inconvénients : Saisons, distances, conditions

©BIU Santé

topographiques et climatiques, conditions d'aménagement et d'entourage, etc.

2° Si la médication thermale peut être ramenée à certains types déterminés, il faut savoir que les eaux minérales les plus rapprochées par leurs caractères propres ne sont jamais précisément identiques, de même que, dans une même station, deux sources, quelque voisines qu'elles puissent être, ne sont jamais identiques.

Et, comme chaque chose a son contraire, tandis que je viens de vous dire la possibilité de réduire la médication thermale à un petit nombre de types définis, je pourrais maintenant vous montrer la richesse qui lui appartient en nuances infinies et dont on peut tirer un parti précieux.

Il y a là une question de milieu et de mesure dans laquelle ces leçons auront précisément pour objet de vous servir de guide.

J'aurai donc surtout à vous entretenir des stations thermales qui, dans chaque famille, nous fournissent des types importants, ou par leur valeur thérapeutique particulière, ou par leurs conditions d'installation, ou par leur notoriété, ou par leur situation géographique. Vous aurez acquis ainsi des notions spéciales sur un ample cercle d'applications, qu'il vous sera facile d'élargir ensuite autant que vous le voudrez. Quant aux stations étrangères, les stations françaises fournissant à la médication thermale toutes les ressources que celle-ci peut avoir à réclamer, et qu'il est au moins inutile d'aller chercher ailleurs, je ne vous en entretiendrai qu'à propos de certains types particuliers, et de quelques notoriétés sur lesquelles il sera bon que vous soyez édifiés.

Pour que le guide que je vous propose à ce sujet soit assuré et pour que cet enseignement soit effectif, il faut une méthode conforme à ses nécessités.

L'étude que nous allons faire des eaux minérales comprend deux termes :

Matière médicale.

Thérapeutique.

La méthode relative à la matière médicale sera basée sur la *classification*.

La méthode relative à la thérapeutique sera basée sur la *spécialisation*.

La classification est établie sur la prédominance d'un ou de plusieurs principes minéralisateurs.

La spécialisation est établie sur les rapports qui existent entre ces prédominances et les actions thérapeutiques.

Je mets immédiatement sous vos yeux des exemples propres à vous montrer la légitimité de cette méthode.

Toutes les eaux minérales où le chlorure de sodium domine dans une proportion quelconque sont appropriées au lymphatisme et à la scrofule. Une telle appropriation ne se retrouve plus dans celles où le chlorure de sodium n'existe qu'en sous-ordre. Il n'est fait d'exception à cette dernière proposition que pour certaines eaux sulfureuses ; mais leur mode d'action est tout autre.

La prédominance des bases calciques annonce des propriétés sédatives, et celle des bases sodiques des propriétés excitantes. Nous aurons plus tard à nous entendre sur la signification qu'il faut attacher ici à ces deux idées d'excitation et de sédation.

Mais, en thérapeutique, entre la connaissance de la matière médicale et celle de ses applications, il existe un troisième terme, les *indications*. Les

indications sont comme le trait d'union entre la maladie et la médication. C'est toujours au nom des indications que je vous exposerai le rôle des eaux minérales dans le traitement des maladies chroniques.

Et maintenant je puis vous assurer que, lorsque vous possédérez les principes de la classification, de la spécialisation et des indications, vous saurez ce qu'il est nécessaire que vous sachiez pour faire un emploi rationnel des eaux minérales. (*A suivre.*)

Note sur le traitement du furoncle et de l'anthrax.

Par le Docteur L. Arnaudet, de Cormeilles (Eure).

Le furoncle et l'anthrax étant à l'ordre du jour, il me paraît utile de signaler un mode de traitement qui depuis trois ans me donne de bons résultats.

Il s'agit d'injections antiseptiques *dans la tumeur* avec liqueur de Van Swieten, acide phénique au 50e ou au 100e.

Injections quotidiennes ou même bi-quotidiennes, de quatre à six seringues de Pravaz chaque fois et davantage, poussées assez profondément, jusqu'au voisinage des tissus sains, — et suivant plusieurs directions ou rayons du cône, de façon à imprégner le plus possible de parties malades. Lavage soigneux de la région avec l'antiseptique adopté et cataplasmes arrosés avec le même liquide.

Le cratère principal et les orifices éventuels sont la porte d'entrée tout indiquée de l'aiguille, et il n'est pas besoin de piquer la peau.

L'aiguille ordinaire suffit le plus souvent ; pour des anthrax très gros, il est préférable d'en avoir une plus longue (de 5 à 7 cent.), comme celle que m'a fabriquée Collin. Si le bourbillon est déjà friable, une aiguille mousse permet d'éviter jusqu'à l'apparence de la douleur.

La douleur opératoire, toujours légère d'ailleurs et passagère, résulte de la distension de la poche par le liquide et cesse avec le prompt écoulement de celui-ci.

Théoriquement et aussi, je pense, cliniquement, l'injection est supérieure à toutes les applications simplement externes, qui constituent pourtant un adjuvant fort utile, et supérieur, bien entendu, à l'instrument tranchant.

Par ce moyen, les symptômes généraux et locaux ne tardent pas à s'amender : chute de la fièvre, diminution rapide du gonflement et de la douleur. Elimination plus prompte des bourbillons, liquéfiés par l'antiseptique.

Enfin, considération importante, cicatrice insignifiante ou nulle, sauf sphacèle déjà formé.

J'ai gardé bon souvenir, entre autres, de trois malades dont la guérison s'est effectuée avec une rapidité qui surprend les premières fois.

I. Homme de 60 ans ; diabétique, issu de diabétiques (30 à 70 gr. par litre). A la suite d'une hémiparésie droite, anthrax volumineux au cou.

II. Vieille dame ; anthrax fessier de 10 à 12 cent. de base.

III. Femme convalescente d'une typhoïde ; quatre anthrax du dos, à sommet sphacélé, qu'on m'avait dissimulés par crainte d'être *flammée*.

J'assistai à l'éruption de deux nouveaux anthrax que je réussis à faire avorter. Guérison en peu de jours.

©BIU Santé

L'an dernier, une communication sur ce sujet a été faite à la Société de médecine de Berlin, par un médecin dont le nom m'échappe, qui citait à l'appui plus de 200 cas heureux, sans un seul insuccès.

Je n'ai donc pas droit à la priorité écrite; mais le bien du malade importe seul, et en tout cas la croix classique au bistouri a fait son temps.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 janvier 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de remerciement de M. Magnus Huss, récemment élu correspondant étranger;

2° Une lettre de M. le docteur Gingeot qui rappelle la série d'articles qu'il a publiés dans le *Bulletin de thérapeutique* sur le traitement de l'affection furonculeuse, il y a un certain temps déjà;

3° Une lettre de M. Chauveau (de Lyon), accompagnant l'envoi d'une brochure relative à l'organisation du Congrès sur la prophylaxie de la tuberculose, qui doit s'ouvrir à Paris, en juillet 1888. M. Hérard représentera l'Académie à ce Congrès;

4° Une note de M. Audouard sur le plâtrage des vins;

5° Une lettre de M. le professeur Gavarret, qui fait don, à l'Académie, pour sa bibliothèque, de 86 exposés de titres de candidats.

— M. Bergeron, secrétaire perpétuel, présente, de la part de M. le docteur Commenge, médecin en chef du dispensaire de salubrité, une brochure intitulée : *La prostitution devant l'Académie de médecine de Belgique.*

M. Jules Rochard présente, de la part de M. le docteur Treille, médecin principal de la marine, une brochure intitulée : *De l'acclimatation des Européens dans les pays chauds.*

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le docteur Munoz (de Lisbonne), médecin de l'hôpital de Calzada, un travail manuscrit sur le traitement de l'anthrax ordinaire par les applications de compresses imbibées d'une solution phéniquée, et de l'anthrax grave, par les injections interstitielles phéniquées, combinées avec les applications topiques de la même solution. M. Munoz a appliqué ce traitement avec un grand succès depuis l'année 1880.

M. Dujardin-Beaumetz met en outre sous les yeux de ses collègues un appareil destiné aux inhalations d'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie. Cet appareil se compose essentiellement d'un appareil ordinaire pour le dégagement de l'acide carbonique; cet acide passe dans un flacon renfermant de l'acide fluorhydrique du commerce, et les deux gaz mélangés sont conduits à l'aide d'un tube dans une petite cabine où le malade respire le mélange.

L'appareil est disposé de telle manière que le dégagement de l'acide carbonique se fait avec lenteur et régularité; c'est dans la réalisation de ce dégagement lent et régulier de l'acide carbonique que consiste essentiellement l'ingéniosité de cet appareil construit par M. Galante.

M. Tarnier offre en hommage, au nom de M. Budin et au sien, la 2e édition de leur brochure *sur l'allaitement et l'hygiène des enfants nouveau-nés.*

M. Trasbot dépose un travail manuscrit de M. Mathis, professseur à l'Ecole vétérinaire de Lyon, *sur la présence du phosphure d'hydrogène dans l'urine à la suite des lésions nerveuses centrales.*

M. De Villiers présente, au nom de M. le professeur Courtet (de Montpellier), un travail *sur le plâtrage des vins.*

BIU Santé

M. Lannelongue offre en hommage un volume qu'il vient de publier *sur la tuberculose vertébrale.*

M. Laboulbène présente, de la part de M. le docteur Petit, bibliothécaire-adjoint de la Faculté de médecine, un volume intitulé : œuvres de Jean Méry, précédé d'une *introduction* de M. le professeur Verneuil.

M. Verneuil offre en hommage, au nom des amis d'Amédée Dechambre, le buste de cet académicien éminent. Ce buste est l'œuvre très remarquable d'un artiste de grand talent.

M. Verneuil présente en outre une brochure intitulée : *Dechambre, sa vie et ses œuvres*, par M. le docteur Lereboullet, élève et ami intime d'Amédée Dechambre, dans laquelle l'auteur a reproduit, si l'on peut ainsi dire, la photographie morale de cet homme qui fut à la fois un fin lettré, un écrivain plein d'élégance, un médecin des plus distingués, et, enfin, un homme de grand esprit et de grand cœur. L'œuvre artistique et l'œuvre littéraire se valent et se complètent l'une par l'autre. (Applaudissements.)

M. Larrey présente, de la part de M. le docteur Bérenger-Féraud, un volume intitulé : *Leçons cliniques sur les tœnias de l'homme.*

— M. Marc Sée, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la communication de M. Verneuil sur l'anthrax et son traitement par les pulvérisations phéniquées, lit un travail qu'il résume en disant que la méthode des pulvérisations phéniquées préconisée par M. Verneuil peut être appliquée avec avantage chez des individus timorés qui répugnent au contact de l'instrument tranchant, quand il s'agit d'un anthrax de petit volume, n'ayant point de tendance bien marquée à prendre beaucoup d'extension; mais que les anthrax en général, et particulièrement ceux qui s'accompagnent d'accidents généraux graves et menacent de devenir très volumineux, sont justiciables du bistouri qui, manié convenablement, constitue le moyen de traitement le plus efficace et le plus expéditif.

M. Verneuil fait remarquer que le travail de M. Marc Sée n'a aucun rapport avec sa communication sur le traitement de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées. Il demande à M. Sée de vouloir bien essayer le mode de traitement dont il s'agit, et il pense que son collègue sera complètement édifié sur sa valeur.

M. Hardy a mis dernièrement en pratique les pulvérisations phéniquées chez une jeune fille qui avait un abcès furonculeux de la lèvre inférieure très douloureux. Il a été surpris de la rapidité avec laquelle cet abcès s'est ouvert et s'est terminé par la guérison.

Toutefois, en admettant l'efficacité des pulvérisations phéniquées dans le traitement du furoncle et de l'anthrax ordinaire, M. Hardy pense que, dans l'anthrax volumineux, il convient de pratiquer quelques incisions.

Mais il ne suffit pas, suivant M. Hardy, de faire disparaître le furoncle ou l'anthrax, il faut encore prévenir le retour de cette affection dont les récidives sont si fréquentes. C'est pour cela qu'au traitement chirurgical, il convient de joindre le traitement médical et prophylactique, qui consiste dans les préparations de goudron, les alcalins, l'arsenic, l'hygiène et, particulièrement, le régime duquel il faut bannir sévèrement les excitants cutanés.

M. Hardy ne croit pas à l'origine microbienne du furoncle et de l'anthrax, ayant eu souvent l'occasion de voir ces affections survenir à la suite d'irritations purement locales.

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux correspondants nationaux (3e division).

Classement des candidats : En première ligne, M. Arloing; en deuxième ligne, M. Abbadie; en troisième ligne, M. Peuch; en quatrième ligne, M. Signol.

MM. Arloing et Abbadie sont élus.

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

©BIU Santé

M. Alfred Fournier donne lecture du *projet sur la prophylaxie publique de la syphilis*, présenté à l'Académie de médecine par une commission composée de MM. Ricord, Bergeron, Le Roy de Méricourt, Léon Le Fort, Léon Colin et Alfred Fournier.

§ Ier. — *Prophylaxie administrative.*

I. L'Académie appelle l'attention de l'autorité sur les développements qu'a pris la *provocation sur la voie publique*, dans ces dernières années notamment, et en réclame une répression énergique.

II. Elle estime qu'il y a nécessité manifeste d'assimiler à cette provocation de la rue divers modes non moins dangereux qu'a revêtue, surtout de nos jours, la provocation publique, à savoir : celle du *boutiquier;* — celle des *brasseries dites* « à femmes », — et, plus particulièrement encore, celle des *débits de vins.*

III. Elle signale 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.

IV. Elle déclare qu'au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un *délit* qui doit être réprimé légalement. Elle réclame donc une *loi* définissant le délit de provocation publique et en confiant la répression à qui de droit.

V. La sauvegarde de la santé publique exige que les filles reconnues coupables du délit de provocation soient soumises à l'*inscription* et à la *surveillance médicale.*

VI. L'inscription d'une fille coupable du délit de provocation ne pourra jamais être prononcée que *par un tribunal* et après débat contradictoire.

VII. Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée de maladie vénérienne, notamment de syphilis, sera internée dans un *asile sanitaire spécial.*

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, un hôpital comme les autres hôpitaux, à cette seule différence près que les malades n'en pourront sortir que sur un certificat médical de guérison. De cet asile sera bannie toute rigueur inutile, toute mesure vexatoire qui tendrait à en modifier le caractère et à le transformer en pénitencier.

VIII. La réglementation actuellement en vigueur, relativement à la surveillance médicale des filles inscrites, sera remplacée par le système suivant :

1° Les filles inscrites, libres ou en maison, seraient uniformément soumises à une *visite hebdomadaire, de date fixe;* et, en outre, à une visite supplémentaire qui sera faite mensuellement par un médecin inspecteur, à date inconnue.

2° Chacune de ces visites sera *complète* et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche.

IX. En ce qui concerne la province, les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneraient dans la capital, seraient rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute leur étendue.

X. L'interdiction de la provocation sur la voie publique sera absolue, générale, sans exception, même pour les filles soumises à la surveillance administrative.

§ II. — *Hospitalisation. — Traitement.*

XI. Le *nombre des lits affectés* au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

XII. Cette augmentation du nombre des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de 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.

XIII. Les *médicaments* propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

XIV. Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

BIU Santé

XV. Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation externe 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 les médecins ou chirurgiens titulaires,

Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq années d'exercice.

XVI. 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 dit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène.

§ III. — *Réforme de l'enseignement.*

Les innovations ou réformes proposées par la commission sont les suivantes :

XVII. Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de seize inscriptions.

XVIII. 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.

XIX. Attribuer au *concours*, et au concours *exclusivement*, le recrutement du personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare (ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare); et de tout le personnel intégralement, c'est-à-dire des chefs de service, des élèves internes et des élèves externes.

XX. Attribuer au *concours*, et au concours *exclusivement*, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au Dispensaire de salubrité publique.

XXI. Composition des services de Saint-Lazare (ou de l'asile 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.

XXII. Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourraient être composées comme il suit :

1° Pour la nomination d'un médecin en chef : un membre de l'Académie de médecine, un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé); trois médecins des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare).

2° Pour la nomination des médecins du dispensaire, comme pour celle des élèves internes ou externes : quatre médecins du dispensaire présidés par un membre de l'Académie.

XXIII. Un programme relatif à la détermination des matières devant faire le sujet de ces divers concours sera élaboré par une commission spéciale.

§ IV. — *Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine.*

XXIV. Instituer dans l'armée une série de *conférences* ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes et les dangers de la syphilis en particulier, sur le bénéfice à attendre du traitement scientifique, sur la nécessité d'un traitement prolongé, sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises, les rôdeurs, les bonnes de cabaret, etc.

Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps. Elles seraient annuelles et auraient lieu de préférence après l'enrôlement des jeunes recrues.

Une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps.

XXV. Provoquer de la part de tout soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie.

XXVI. Consigner les établissements déguisés sous le nom de débits de vins ou de liqueurs et ne constituant en réalité qne des maisons de prostitution non surveillées; interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

XXVII. Ecarter toute *punition* du programme prophylactique de la syphilis dans l'armée.

XXVIII. Supprimer *les visites faites en commun* et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

©BIU Santé

XXIX. Instituer un service de police spéciale autour des grands camps tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc.

XXX. Prendre toutes dispositions nécessaires pour assurer au soldat syphilitique, dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la faculté de continuer à son corps, sous la direction du médecin du régiment, le traitement ou la série des traitements ultérieurs indispensables à sa guérison.

XXXI. En ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre, une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

XXXII. Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement.

§ V. — *Prophylaxie des contagions syphilitiques dérivant de l'allaitement.*

XXXIII. Ajouter à la réglementation administrative des *Bureaux de nourrices* l'article suivant :

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.

La teneur du certificat pourrait être conçue dans les termes que voici :

« Je soussigné, docteur en médecine, etc., certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X..., auxquels je donne mes soins depuis... (préciser l'époque), seraient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant. »

La discussion sur le projet s'ouvrira dans la première séance.

— M. Panas lit un travail intitulé : *Des opérations de la cataracte par extraction pratiquées à la Clinique de l'Hôtel-Dieu dans les trois dernières années, avec lavage de la chambre antérieure.*

M. Panas, depuis sa communication relative à sa méthode d'antisepsie opératoire (avril 1884), a eu l'occasion de pratiquer jusqu'en décembre dernier 460 opérations de cataractes spontanées, c'est-à-dire non traumatiques.

Du mois de mai à fin décembre 1884, 50 opérations avec lavage de la chambre antérieure au bi-iodure à 1/20,000e ; 1 cas seulement de suppuration au *septième* jour.

En 1885, 109 opérations sans un seul cas d'ophthalmie.

En 1886, 87 opérations avec 1 cas d'iritis purulente au deuxième jour.

En 1887, 217 opérations, dont 115 avec lavage de la chambre antérieure au bi-iodure, et 98 avec injection d'une solution saturée d'acide borique ; pas un seul cas de suppuration.

En résumé, le dépouillement des 460 opérations donne : 23 enclavements iriens, soit 5 p. 100 ; 2 suppurations de l'œil, soit 0,4 p. 100 ; 31 cas de vision insuffisante, soit 6,7 p. 100 ; 427 cas de vision complète, soit 92 p. 100.

Pour apprécier la valeur de ces résultats, il faut savoir, dit M. Panas, que parmi ces malades, se trouvaient 10 diabètiques, 4 albuminuriques, 2 érysipèles dr la face, 1 pneumonie franche, 1 rhumatisme polyarticulaire aigu fébrile, (consécutifs à l'opération). Chez tous ces malades, la guérison a suivi son cours normal et le résultat final a été excellent.

A l'égard des lavages de la chambre antérieure M. Panas donne aujourd'hui la préférence à la solution saturée d'acide borique sur les solutions hydrargyriques, comme étant moins irritante et tout aussi antiseptique.

Il conseille, en outre, de n'injecter dans la chambre antérieure que quelques gouttes de liquide au lieu d'une seringue entière. Il rejette la pratique qui consiste à pomper le

©BIU Santé

liquide avec force dans l'espoir de charger les restes de débris cristalliniens; ceux-ci doivent être expulsés par des manœuvres mécaniques bien combinées.

M. Panas ne croit pas devoir insister sur la nécessité de laver la chambre antérieure. Celle-ci, en effet, n'est pas à l'abri de l'infection, puisque les instruments et les bulles d'air pénètrent dans son intérieur. Il importe donc de stériliser le champ opératoire infecté par les microbes de l'air.

Non seulement l'antisepsie a rendu le succès optique constant, ou à peu près, mais encore elle a permis de faire un retour complet vers l'idéal opératoire, à la méthode toute française d'extraction sans iridectomie de notre immortel Daviel. Cette méthode, en respectant l'intégrité de l'iris, affranchit la pratique des défauts optiques, des mécomptes et des complications souvent graves dont se trouve entachée la méthode dite de von Graefe, ou allemande, sa rivale.

— M. Vidal lit un rapport sur un nouveau procédé de réfrigération locale par le chlorure de méthyle, dû à M. le docteur Bailly (de Chambly).

M. le rapporteur annonce que, depuis sa communication à l'Académie, l'auteur du procédé l'a simplifié en se bornant à tremper un tampon isolateur d'ouate et de bourre de soie dans du chlorure de méthyle liquéfié, au lieu de projeter un jet gazeux de ce chlorure de méthyle sur le tampon isolateur. On peut, en effet, conserver le chlorure à l'état liquide pendant près de trois heures, en le maintenant dans un récipient spécial dit *thermo-isolateur*. Rien de plus facile que d'imbiber les tampons en les trempant ou en les arrosant.

On peut également, à l'aide d'un pinceau, porter l'anesthésique sur un point aussi limité qu'on le désire.

Pour combattre la douleur, l'application suffisamment prolongée du tampon imbibé de chlorure de méthyle, a une efficacité aussi grande que celle du jet du siphon. La facilité avec laquelle on peut en mesurer les effets, permet de porter sans crainte la réfrigération sur la face et d'en traiter les névralgies.

Dans un certain nombre de cas de névralgies intercostales, de torticolis, de douleurs musculaires, de lumbagos, de névralgies dentaires, M. le professeur Bouchard a vu la douleur céder rapidement à ce mode de réfrigération. Il a vu également la colique de plomb, les crises de la gastralgie tabétique, celles de l'emphysème, soulagées par ce moyen.

En ce qui concerne ses applications aux opérations chirurgicales, le nouveau procédé permet de produire une anesthésie locale suffisante pour la plupart des opérations courtes, ponctions d'abcès, incisions de la peau, scarifications, cautérisations par la galvano-caustique ou par le thermo-cautère, raclages, etc.

La sensation de cuisson au contact du tampon est plus vive que celle de la réfrigération par l'éther. La douleur consécutive à l'opération est un peu plus prolongée.

Quant à la perte de sang, toujours plus active au moment de la réaction congestive qui suit la réfrigération, elle n'est pas plus abondante qu'après l'anesthésie par l'éther.

L'écoulement de sang pendant l'opération, non plus que le suintement et l'humidité d'une surface ulcérée, ne constituent des obstacles absolus à l'anesthésie. Il suffit d'interposer un morceau de baudruche pour que l'humidité n'entrave pas l'action du chlorure de méthyle.

En pratiquant les cautérisations, il est très rare que le tampon s'enflamme; il suffit d'ailleurs de souffler dessus pour éteindre le gaz en ignition. On peut donc, sans danger, utiliser ce moyen pour anesthésier avant la cautérisation.

M. Bouchard fait remarquer que le procédé d'anesthésie locale de M. Bailly est un perfectionnement de celui de M. Debove. Il permet de mesurer l'intensité, l'étendue et la durée de la réfrigération, ce qui constitue un progrès des plus importants pour la thérapeutique.

Ce n'est pas seulement un procédé d'anesthésie, mais encore un mode de révulsion énergique.

Il est arrivé souvent à M. Bouchard de se dispenser d'appliquer les pointes de feu

©BIU Santé

après une anesthésie par le chlorure de méthyle, jugeant suffisante la révulsion consécutive ainsi obtenue.

Le nouveau procédé supprime la douleur pendant un temps considérable ; il a pu rendre la vie supportable à des malades torturées par les douleurs atroces du cancer de la matrice.

M. Besnier a pu employer le procédé de M. Bailly sur les muqueuses, en interposant simplement un morceau de baudruche entre elles et l'agent anesthésique. A la face et aux organes génitaux, où la pulvérisation n'est pas applicable, on peut désormais, grâce au nouvrau procédé, effectuer l'anesthésie locale.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène, sur les candidats au titre de correspondant national (1re division). La liste de présentation porte : En première ligne, M. Pitres (de Bordeaux) ; en deuxième ligne, M. Wannebroucq (de Lille ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Leloir (de Lille) et Mordret (du Mans) ; en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Chédevergne (de Poitiers) et Lépine (de Lyon).

COURRIER

Par décret en date du 21 janvier 1888, M. le docteur Crouzet, maire de Bolbec, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Clado est nommé chef du laboratoire de clinique chirurgicale, à l'hôpital de la Pitié, en remplacement de M. Nepveu, démissionnaire.

M. Vignal, licencié ès sciences, est nommé aide du laboratoire de clinique d'accouchements, en remplacement de M. Para, démissionnaire.

Concours de l'internat. — Par suite de plusieurs démissions d'internes, MM. Faure-Miller (Rolland), Homolle, Durand, Hélary, qui, au dernier concours, étaient arrivés en tête des internes provisoires, ont été nommés titulaires.

Faculté de médecine de Lille. — M. le docteur Carpentier est institué chef des travaux anatomiques.

Ecole de médecine d'Alger. — M. Roffilange, pharmacien de première classe, est nommé chef des travaux physiques et chimiques, en remplacement de M. Ducruzel, appelé à d'autres fonctions.

— L'inauguration du monument funéraire et du buste, élevés à la mémoire du professeur Jules Béclard, aura lieu le jeudi 9 février prochain, à une heure et demie précise, au cimetière du Père-Lachaise.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dumont (de Valhuon), Plouvier (de Méteren), Saissinel (de Toulouse).

— M. le docteur Fournel, médecin du bureau de bienfaisance, commencera un cours complet d'obstétrique, avec manœuvres, le lundi 6 février, à cinq heures et le continuera tous les jours. On s'inscrit rue Suger, 4.

L'**ÉMULSION MARCHAIS** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. Durand-Fardel : Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société médico-pratique. — IV. Thèses de doctorat. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Le Darwinisme. — VIII. Formulaire.

BULLETIN

Y a-t-il deux sciences dans notre science, deux médecines ennemies l'une de l'autre? Non certes; il y a seulement des malentendus, des entraînements qui rendent la « concentration » difficile, parce qu'un cerveau humain ne peut à lui seul embrasser tous les problèmes, appliquer toutes les méthodes, et que nos efforts se contrarient souvent, bien que nous ayons tous le même but.

On ne pouvait exprimer ce fait dans un langage plus impartial et plus vrai que ne l'a fait M. Grancher à la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, en prenant le fauteuil de la présidence.

« ... Toutes ces découvertes qui se suivent dans un ordre logique, et dont on peut dire qu'elles autorisent toutes les espérances, sont accueillies avec enthousiasme par les uns, avec défiance, avec hostilité par quelques autres. Ceux-ci redoutent pour la médecine traditionnelle et pour l'hôpital cette invasion de la science expérimentale et du laboratoire. Forts des longs et glorieux services rendus par la méthode d'observation, ils se retranchent derrière leur titre de cliniciens pour combattre l'expérimentation et les expérimentateurs, et pour nier les conquêtes de la microbiologie.

« Et cependant, Messieurs, la médecine d'Hippocrate et celle de M. Pasteur ne sont pas deux médecines différentes ou hostiles; c'est la même science qui procède par poussées successives dans des voies diverses, qui a fait hier la symptomatologie, le diagnostic et l'histoire des lésions anatomiques des maladies, et qui s'essaie aujourd'hui dans l'étude de leur

FEUILLETON

Bibliothèque anthropologique. — LE DARWINISME. — Leçons professées à l'Ecole d'anthropologie, par Mathias Duval, membre de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté de médecine de Paris, etc.

Ce volume est le second de la bibliothèque anthropologique.

L'auteur, en succédant à Broca dans la chaire d'*anthropologie zoologique*, à l'Ecole fondée par cet illustre maître, considérant que l'enseignement qui lui était confié « a pour objet l'étude des rapports anatomiques entre l'homme et les animaux », a pensé avec raison que l'étude de l'*embryologie* peut « fournir les points de vue les plus étendus et les plus nouveaux relativement à cet examen des rapports de parenté anatomique de l'homme avec les animaux, au sommet de l'échelle desquels il est placé »; et il s'est emparé de cette étude comme matière de ses cours. Mais, dit-il, « les études embryologiques ne doivent avoir d'autres hypothèses directrices que celles formulées par la doctrine transformiste. C'est pourquoi nous avons cru devoir consacrer, comme introduction à l'étude de l'embryologie comparée de l'homme et des vertébrés, cette série de leçons au transformisme ou darwinisme ». De là, l'excellent livre que nous avons sous les yeux, et dont nous recommandons un peu tardivement la lecture, d'ailleurs pleine d'attrait, à nos confrères, qui, observateurs incessamment aux prises avec la nature vivante et étudiant ses origines, sont ici des juges compétents.

©BIU Santé

pathogénie. Et toutes les conquêtes réalisées dans la connaissance précise des causes des maladies viendront enrichir le fonds commun, sans rien détruire de nos premiers trésors. Croit-on que nos grands médecins, les Laënnec, les Cruveilhier, les Bouillaud, les Duchenne (pour ne citer que des morts), aient à redouter même un amoindrissement passager de leur gloire, du fait des travaux de M. Pasteur et de ses élèves?

« Qui songe à nier que la médecine d'observation est notre seule règle et sera peut-être encore longtemps notre seul guide dans le combat que nous livrons à tant de maladies contagieuses dont nous ne connaissons pas le microbe : la diphthérie, la scarlatine, la coqueluche, la rougeole, etc.? et quand nous connaîtrons les germes de ces maladies, ce que nous savons d'elles aujourd'hui cessera-t-il d'être vrai? Non pas, mais nous saurons les mêmes choses avec plus de précision, de certitude et d'utilité.

« Il n'y a donc pas deux médecines, mais deux esprits : l'esprit de progrès, qui croit que la médecine est une science de faits — faits d'hôpital, faits de laboratoire, peu importe; et l'esprit de négation, de routine, de paresse, qui vit de doctrines surannées et de beau langage. »

Ecole pratique.

Cours sur les eaux minérales et les maladies chroniques (1).

LEÇON D'OUVERTURE.

Par le docteur Max. Durand-Fardel.

Je viens de vous exposer un programme sommaire du côté subjectif de cet enseignement, lequel est l'étude des eaux minérales. Je désire vous présenter maintenant quelques brèves considérations sur son côté objectif,

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

L'auteur entre en matière par une discussion approfondie sur la *notion de race et d'espèce;* car, ainsi qu'il le dit, on trouve dans l'examen des rapports de ce qu'on appelle races et espèces, les premiers éléments propres à caractériser la doctrine transformiste. On connaît la guerre si vive et si pleine de révélations lumineuses, qui n'est pas encore complètement éteinte, entre les *conservateurs*, pour qui les espèces, créées une fois pour toutes, sont *immuables* et *fixes*, doctrine qui peut être considérée « comme la stérilisation définitive de la science par inutilité de toute expérimentation », et les partisans de l'hypothèse autrement féconde de l'évolution transformiste des êtres, « qui pousse incessamment le naturaliste de nouvelles en nouvelles recherches ». D'un côté, Linné, avec ses variations, admettant d'ailleurs qu'on arrivera probablement à reconnaître *que les espèces sont l'œuvre du temps*, expression, dit l'auteur, qui est à peu près exactement la formule du transformisme actuel, Cuvier, et sa lutte mémorable avec Etienne Geoffroy Saint-Hilaire, Agassiz, naturaliste éminent, dont l'auteur expose la doctrine, singulier mélange de pure philosophie et de mysticisme, avec ses *types prophétiques* et son *paradis du naturaliste*, etc., etc.; — de l'autre côté, Lamarck, E. Geoffroy Saint-Hilaire, Gœthe, Darwin, Broca, etc., etc.

On a pu définir la science « l'élimination du surnaturel dans l'explication des choses naturelles ». Or, la doctrine transformiste ne faisant intervenir dans l'explication de la formation des espèces actuelles que l'action de causes naturelles, on pourrait l'appeler tout simplement la *doctrine scientifique*. A cette occasion, l'auteur nous donne une définition rationnelle du mot *nature*, qui est si souvent employé dans ces sortes de dis-

c'est-à-dire les maladies chroniques auxquelles sont appliquées les eaux minérales.

Les sujets immédiats d'application des eaux minérales sont en général des maladies déterminées, des états pathologiques organiques ou fonctionnels. La première question que vous avez à vous poser devant une maladie chronique est celle-ci : quelles sont les conditions qui ont présidé à son développement? Quelles sont celles qui président à sa persistance? La réponse à cette double question contient la solution du problème des indications thérapeutiques et de leur réalisation.

Je vais vous présenter les termes élémentaires et successifs de ce problème, c'est-à-dire ce que vous devrez toujours avoir présent à l'esprit quand vous aurez à établir les indications dans le traitement d'une maladie chronique, et en particulier dans son traitement par les eaux minérales.

« Il y a, a dit Cl. Bernard, dans chaque animal, des conditions physiologiques de milieu intérieur qui sont d'une variabilité extrême. Or, chez un animal, les phénomènes vitaux ne varient que suivant des conditions de milieu intérieur précises et déterminées. » Ceci veut dire que chacun de nous est fait à sa manière quant à ses conditions physiologiques, comme il le sera plus tard quant à ses conditions pathologiques.

Parmi ces diversités dans l'état physiologique, on a pu marquer des types, ce sont les *tempéraments*. Les tempéraments (classiques) sont établis sur le mode de telle ou telle grande fonction ou de tel ou tel appareil d'organes.

Ces modes divers, qui correspondent à des différences d'activités partielles, peuvent s'accentuer de manière à ce que le juste équilibre qui maintient en harmonie les éléments complexes de l'organisme vienne à se rompre : de là naissent les *états constitutionnels* qui ne sont pas encore la maladie, mais ne sont plus la santé parfaite.

Ici se reconnaissent encore des types plus ou moins bien déterminés, qui impriment à l'économie la marque de tel système, ou de tel appareil,

---

cussions : « ... loin de personnifier en ce mot une puissance occulte et non analysable par l'observation et l'expérimentation, on entend simplement par *nature* l'action combinée et le résultat complexe des *lois naturelles*; et, par *lois naturelles*, la série nécessaire des faits, telle qu'elle nous est connue aujourd'hui ». Cette définition n'était pas inutile; car, sans elle, quoi de plus vague et de plus variable que la signification qu'on attache en général à ce mot.

En étudiant la question des croisements possibles ou impossibles, de la fécondité ou de la non fécondité des croisements, c'est-à-dire de ce qui a servi de base pour l'établissement des races et des espèces, l'auteur arrive à des faits imprévus : Les individus de la race domestique du cochon d'Inde ne s'accouplant plus avec l'*Aperea* du Brésil, race sauvage dont ils proviennent; les descendants devenus sauvages d'un couple de nos lapins domestiques, abandonné au XVe siècle dans l'île de Porto-Santo, ne contractant plus avec les lapins domestiques que des unions infécondes; deux races également domestiques, mais depuis longtemps séparées l'une de l'autre, notre chat et le chat des habitants du Paraguay ne reproduisant plus ensemble. Ces faits curieux et bien d'autres sont certainement propres à porter au moins l'incertitude et le trouble dans la doctrine de l'*immuabilité*.

Mais nous ne pouvons pénétrer plus avant dans les détails de ce livre riche d'idées et de faits, et nous glissons sur l'importante question des *organes rudimentaires*, véritable phare éclairant la voie de l'évolution; sur l'influence de la *nomenclature binaire* créée par Linné; sur la valeur des renseignements fournis en faveur du transformisme par la *paléontologie*

©BIU Santé

ou de telle fonction, et d'où dérivent les constitutions dites lymphatique, nerveuse, arthritique, bilieuse, anémique, hémorrhoïdaire, etc.

Ce n'est pas la maladie et ce n'est plus la santé parfaite; c'est une manière de vivre qui imprime aux maladies accidentelles une physionomie particulière. L'état morbide n'en naît pas directement. Mais lorsqu'il apparaît sous l'action de causes hygiéniques ou accidentelles, ces états constitutionnels lui imposent des déterminations de siège, de forme et d'indication très précises. En d'autres termes, on doit à ces constitutions d'être malade de telle ou telle façon et de signaler telle ou telle indication thérapeutique.

Un degré de plus et ce sera la maladie, c'est-à-dire la *diathèse*, latente peut-être, mais effective, toujours prête à apparaître avec des phénomènes que l'on appellera réguliers ou irréguliers, suivant qu'ils offriront les caractères typiques qu'elle affectionne ou qu'ils s'en écarteront. Ici la maladie existe *per se*; elle se manifeste d'emblée par ses symptômes propres. Bien que ses manifestations ne se soustrayent pas à l'action des circonstances accidentelles ou des conditions hygiéniques, c'est dans l'organisme même qu'elles puisent leur raison d'être; elles en proviennent; elles n'ont pas besoin d'occasion pour apparaître.

La conception de ces états pathologiques ne doit pas être bornée aux formules étroites où l'on a enfermé jusqu'ici le cadre des diathèses. Tout mode de l'organisme qui suppose une altération durable ou définitive *totius substantiæ* est une diathèse ou un empoisonnement. Ceux-ci, virulents, organisés ou non, sont hors de cause, bien que, s'ils entraînent une chronicité, ils se comportent d'une façon peu dissemblable des diathèses.

J'ajouterai les propositions suivantes aux principes de pathologie générale que je me proposais de vous exposer et dont je n'ai pu vous tracer qu'une esquisse sommaire :

1° L'étiologie pathogénique des états qui président aux maladies chroniques comprend d'abord la considération de l'hérédité et celle des influences hygiéniques.

---

et l'*embryologie;* sur l'origine ancestrale du règne animal et du règne végétal, qui nous fait remonter jusqu'à une forme ancestrale infiniment simple, jusqu'à l'*organisme monocellulaire*; sur une discussion très remarquable relative à l'*intelligence* et à l'*instinct*, où l'on trouve développée cette proposition, que « pour les facultés intellectuelles, la distance est bien plus immense entre un Newton et un sauvage qu'entre un sauvage et un singe, » et, entre autres férocités bestiales de l'homme, le récit de ces Fuégiens tenant la tête d'une vieille femme au-dessus de l'épaisse fumée d'un feu de bois vert, l'étranglant, et dévorant sa chair, opposé à celui des actes touchants de ces singes qui lavent tendrement la figure de leurs petits dans un ruisseau; sur la place de l'homme dans la nature; sur ce fait, intéressant pour le transformisme, de l'arrêt de production de la laine chez le mouton sous l'influence du climat torride; sur le parallèle de la sélection artificielle et de la sélection naturelle; sur les précurseurs de Darwin, etc., etc.

La lutte pour l'existence, si bien exprimée en anglais par ce mot rude, *struggle for life*, est un sujet capital, bien excitant; nous nous arrêterons seulement un instant sur le chapitre consacré aux luttes sexuelles entre les oiseaux, parce qu'il y a là une page charmante à lire, dont voici quelques extraits : « ... Ce sont alors de véritables concours, les mâles rivalisant soit par leurs chants, soit par la beauté de leurs plumages... Certains oiseaux chanteurs chantent seuls dans la solitude des bois pour attirer les femelles, et celles-ci vont trouver le chanteur qui les séduit davantage... Les mâles ne se donnent pas la peine de se mettre à la recherche de la femelle, se contentant de se percher, au printemps, dans quelque lieu apparent, où ils font entendre dans

L'idée d'hérédité recouvre une inconnue dont les termes se détachent quelquefois avec netteté, mais demeurent le plus souvent enveloppés dans les brouillards de l'atavisme.

Les influences hygiéniques, tout en se combinant avec les influences héréditaires, ont une puissance assez grande, si elles sont salutaires, pour combattre ou assimiler les effets de celles-ci, ou bien, si elles sont nuisibles, pour reproduire par elles-mêmes des effets identiques. Et si l'expérimentation était permise en semblable matière, je pense qu'il n'est guère d'état constitutionnel ou diathésique qui ne pût être reproduit artificiellement.

3° Il est impossible de marquer des limites déterminées entre le tempérament, qui est la santé, l'état constitutionnel qui se trouve intermédiaire entre la santé et la maladie, et la diathèse qui est la maladie. Le passage du tempérament à l'état constitutionnel, et de l'état constitutionnel à la diathèse, est insensible; leurs caractères respectifs ne le sont pas si nous les prenons dans leur état achevé, mais ils le sont si nous cherchons à les saisir dans leurs transitions successives.

3° Il faut se garder d'attribuer aucun caractère de spécificité aux états constitutionnels ou diathésiques. Il ne s'agit, dans ces désordres survenus dans l'évolution naturelle de l'organisme, que de déviations de l'état physiologique pouvant être ramenés, généralement au moins, comme l'a fait M. Bouchard, à des troubles de la nutrition, ce qu'il a appelé *nutrition ralentie*.

Je ne vous parle pas de la pathologie microbienne, parce qu'elle n'est pas encore constituée. Je vous demande de rester sur le terrain de ce qu'on appellera peut-être bientôt l'ancienne pathologie, mais qui a été jusqu'ici la base la plus solide de la clinique.

Veuillez remarquer, du reste, que ce sont probablement les termes qui en auront changé plus que le fond. Il règne aujourd'hui une tendance à subordonner à ces organismes qu'on appelle des microbes le support vivant dans lequel ils se meuvent. La vérité ne se trouve-t-elle pas dans le contraire, et

---

toute leur plénitude et dans tout leur charme leurs notes amoureuses... Chez quelques espèces d'oiseaux on observe un véritable tournoi musical, les mâles, à l'époque du rut, se réunissant devant la femelle, et entonnant leurs chansons; la femelle choisit pour époux celui qui lui a plu davantage. Quant à la question de la beauté du plumage, tout le monde a assisté aux manœuvres du faisan ou du paon : le faisan doré, quand il courtise la femelle, ne se contente pas d'étendre et de relever sa magnifique fraise, mais il la tourne obliquement vers la femelle, de quelque côté qu'elle se trouve.... »

L'auteur fait les remarques suivantes : « Les représentants les plus élevés du règne animal manquent absolument dans les plus anciens dépôts qui fassent partie de l'écorce terrestre, et il existe une gradation naturelle, des animaux les plus anciens aux animaux les plus élevés de l'époque actuelle. » Et plus loin : « Les embryons de l'homme, du chien, de la tortue âgés d'un mois, et l'embryon du poulet au quatrième jour de l'incubation, diffèrent si peu l'un de l'autre qu'on ne saurait les distinguer. » Doit-on conclure de là, quelque vraisemblable que soit la conclusion, à une origine commune? En attendant des preuves décisives, on peut le contester.

Du reste, l'auteur, partisan convaincu et éclairé du transformisme, ne pense pas que les espèces actuelles dérivent les unes des autres, par exemple, que le gorille, le chimpanzé, soient les aïeux de l'humanité. Il admet seulement des formes ancestrales communes : « Les hommes et les singes, dit-il, ne sont pas même frères, mais seulement arrière, très arrière-petits-cousins. » Pour nous, ce serait encore trop. La combinaison organique singe a paru sur la terre avant la combinaison organique homme; tout en

©BIU Santé

n'est-ce pas le rôle des microbes qui se trouve, au moins pour une certaine part, subordonné aux circonstances de milieu si variées, dans les grands organismes qui les recèlent?

Les considérations relatives aux conditions propres de ces derniers conservent donc toute leur signification. Nous continuerons d'en faire la base de nos études, laissant ici de côté tout un ordre d'observations et de spéculations qui n'est encore qu'à l'état de préparation.

Je n'ai plus à ajouter à cette introduction, nécessaire aux leçons qui vont suivre, que quelques observations sur la méthode qui nous dirigera dans l'étude des *indications* des eaux minérales.

Vous savez que les indications en thérapeutique dérivent de la connaissance de la maladie et de la connaissance de la médication. Je viens de vous signaler les principes généraux qui pourront vous aider dans la détermination des indications au point de vue de la maladie. Ce tableau, dont je n'ai pu vous tracer que quelques traits sommaires, est sans doute fort complexe; mais, grâce à l'étude, puis à l'observation, on arrive, dans l'application, à s'en représenter tous les traits utiles par une opération de l'esprit, en quelque sorte inconsciente, comme celle qui permet aux yeux de saisir instantanément, à la lecture d'une partition musicale, les signes nombreux qui s'offrent devant eux.

Les indications, dérivant de la connaissance de la médication thermale, se résument dans les *actions* qu'il est permis d'attribuer aux eaux minérales.

Ces actions ont une portée générale ou locale.

Les actions générales sont les suivantes : altérantes, reconstituantes ou sédatives.

Les actions locales sont résolutives ou substitutives.

Quelques mots sur ces différentes attributions.

La médication dite *altérante*, expression fort défectueuse en elle-même, est un modificateur direct du système et s'adresse aux états diathésiques. C'est sans doute en touchant les actes même de la nutrition, et dans le mi-

---

acceptant l'idée d'un plan uniforme, que l'observation semble révéler en effet, dans les associations des éléments qui composent l'écorce vivante du globe terrestre, qui prouve qu'elles ne se sont pas formées séparément, à leur origine, chacune dans son milieu spécial et ses conditions nécessaires, pour se développer parallèlement? Nous venons de voir que les représentants les plus élevés du règne animal manquent dans les plus anciens dépôts de l'écorce terrestre, et qu'il existe une gradation naturelle des animaux qui se sont manifestés les premiers à ceux qui sont nos contemporains. On peut donc admettre légitimement que le mouvement général de création à la surface de la terre a suivi, dans son ensemble, une voie de progrès, et que le même principe d'évolution, qui a transformé et perfectionné les êtres créés, a dominé et perfectionné aussi les modes de création.

Dans cet article incomplet, nous avons dû passer sous silence une multitude de faits et de considérations bien propres à entraîner. Nous avons eu surtout pour but d'inciter nos confrères à lire un livre qui ouvre des horizons nouveaux, et qui s'adresse à la curiosité en même temps qu'à l'intelligence. Dr G. Richelot père.

Sirop contre la migraine. — Dujardin-Beaumetz.

Teinture de gelsemium.....	12 gr. 50 centigr.
Sirop simple.....	250 grammes.

Mêlez. — Une cuillerée à bouche, 3 ou 4 fois par jour, pour combattre la migraine. — Chaque cuillerée correspond à 0 gr. 05 cent. de poudre de racine de gelsemium. — N. G.

lieu des échanges organiques, qu'elle agit sur des états où tout ce que nous pouvons en saisir ne s'étend guère au delà d'une altération des actes nutritifs. Cette action altérante appartient exclusivement aux eaux à bases sodiques et suffisamment minéralisées.

La médication *reconstituante,* qui trouve son application dans presque toutes les chronicités, se rapproche de la précédente par son caractère de généralisation, mais s'en écarte par ceci : tandis que l'action altérante s'adressant directement à l'élément particulier constitutif d'une diathèse, à ce que Bouchard appellerait un principe nutritif retardé, exige par suite une spécialisation déterminée, l'action reconstituante semble s'adresser plutôt aux éléments sains du système, mais abaissés dans leur tonalité, dans un sens plutôt dynamique que médicamenteux; aussi est-elle à peu près indifférente par elle-même à la nature particulière de l'état diathésique. Elle échappe donc à la spécialisation que réclame celui-ci, et elle est commune, caractère frappant de la médication thermale, à tous les représentants de cette médication, à des degrés divers, sans doute, mais aussi bien à ceux dont la minéralisation est la moins significative qu'à ceux dont les caractères sont les mieux accusés.

L'action *sédative*, dont le rôle est moins considérable, sinon moins intéressant que celui des précédentes, paraît consister plutôt dans une équilibration de l'innervation que dans une sédation proprement dite. Elle est dévolue aux eaux à bases calciques et aux eaux très faiblement minéralisées.

Toutes ces actions s'adressent à l'ensemble du système plutôt qu'à quelqu'une de ses parties.

Quant aux actions *résolutives* et *substitutives,* dont il n'est pas nécessaire d'énoncer la définition, c'est aux lésions d'organes et de tissus qu'elles s'adressent directement. L'action résolutive appartient surtout aux eaux à bases sodiques et fortement minéralisées. L'action substitutive n'exige pas de fortes minéralisations, mais se remarque surtout près des eaux à bases sodiques.

Je terminerai par une remarque sur laquelle il importe que votre attention se fixe dès à présent, parce qu'elle s'adresse à un des caractères les plus essentiels de la médication thermale, un de ceux qui la distinguent le plus nettement du reste de la thérapeutique; c'est que plusieurs de ces actions, et quelquefois la plupart d'entre elles, peuvent s'exercer simultanément dans un cas donné. En voici un exemple significatif :

Si vous employez une eau chlorurée forte, par exemple Salins du Jura, dans un cas de scrofule achevée, avec écrouelles, péri-arthrites, fistules, etc., vous réalisez en même temps une médication : 1° altérante sur la diathèse scrofuleuse; 2° reconstituante sur le système abaissé; 3° résolutive sur les engorgements; 4° substitutive sur les surfaces ulcérées ou fistuleuses, — ce qui représente autant de médications distinctes dans la thérapeutique commune.

Les actions qui viennent d'être énumérées, et qui répondent à des indications correspondantes, représentent tous les éléments essentiels d'action de la médication thermale. Ce qu'on pourrait y ajouter ne se rattache guère qu'à des moyens artificiellement combinés avec le traitement thermal lui-même. Cependant, il faut reconnaître dans l'emploi de certaines eaux laxatives, comme celle de Chatel-Guyon, une action, dérivative plutôt que révulsive sur le canal intestinal, qui peut rendre de grands services dans les

©BIU Santé

états congestifs des viscères, du cerveau en particulier. Mais un tel mode d'action tient peu de place dans la médication thermale, si on envisage celle-ci dans son ensemble.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 janvier 1888.

Accidents produits par l'oxyde de carbone, par M. Gréhant. — M. Gréhant a prouvé par des expériences que les poêles sans tuyaux sont très dangereux. Il a rappelé que la combustion de 10 grammes de braise de boulanger fournit assez d'oxyde de carbone pour tuer un animal, et que des chiens enfermés dans une chambre de 12 mètres cubes, avec un poêle sans tuyau, succombent en deux heures.

En étudiant les conditions de l'absorption de l'oxyde de carbone par l'organisme vivant, M. Gréhant a reconnu que le sang absorbe encore de l'oxyde de carbone dans une atmosphère qui renferme 1/5000 de ce gaz, et c'est dans une atmosphère à 1/1000 que le rapport entre le volume d'oxyde fixé et 100 centim. cubes d'air a été trouvé le plus grand ; ce rapport est égal à 100.

En faisant respirer à un chien, pendant une heure, un mélange à 1/1000 d'oxyde decarbone, M. Gréhant a trouvé, dans 100 c. desang normal et dans 100c. de sang intoxiqué,27c. et 14 c. 2 d'oxygène, c'est-à-dire des proportions d'oxygène qui sont à peu près entre elles comme 2 et 1 ; puis, en traitant le sang oxycarboné par l'acide acétique à 100°. il a obtenu 14,4 d'oxyde de carbone qui étaient combinés avec l'hémoglobine.

On peut donc, par cette méthode physiologique, étudier les gaz produits par la combustion des poêles mobiles, qui deviennent dangereux lorsque les gaz, au lieu de s'élever et de sortir par la cheminée, se répandent dans l'appartement.

Les animaux sont différemment sensibles à l'action de l'oxyde de carbone ; la dose toxique est de 1/450 pour le moineau, 1/250 pour le chien, 1/70 pour le lapin. Si un moineau meurt dans une chambre chauffée par un poêle, on peut être sûr que l'atmosphère confinée contient au moins 1/450 de gaz toxique ; cette proportion pourrait être dangereuse pour l'homme, surtout pendant le sommeil.

Zymase de l'air expiré par l'homme sain, par M. A. Béchamp. — M. Béchamp rappelle à propos des recherches de MM. Brown-Sequard et d'Arsonval sur la toxicité de l'air expiré par l'homme sain, qu'il s'est occupé lui-même, il y a quelques années, de rechercher de quelle nature était la matière animale de l'air expiré, à laquelle déjà, en 1842, Dumas et Félix Le Blanc avaient attribué l'action nuisible de l'air confiné.

M. Béchamp a trouvé que cette matière animale est un produit fixe, capable de fluidifier l'empois de fécule avec production de fécule soluble ; à l'aide d'un appareil qui permet de se procurer le liquide condensé de l'air expiré absolument exempt de salive en nature, il démontre que ce liquide fluidifie l'empois de fécule et que 100 grammes contiennent environ 0 gr. 01 de matière organique fixe séchée à 60°.

Dans l'air confiné se trouvent non seulement les produits de l'air expiré, mais ceux de la perspiration cutanée et des voies digestives.

MM. Rietsch Jobert et Martinaud décrivent une épidémie qui sévit sur les porcs à Marseille depuis le mois de juillet. Il s'agit d'une affection surtout intestinale, que MM. Cornil et Chantemesse croient pourtant identique à la pneumonie contagieuse qu'ils viennent d'observer aux environs de Paris et à une maladie décrite par Löffler et Schütz, sous le nom de Schweinesreuche. La différence des symptômes tiendrait uniquement aux divers modes d'introduction du microbe qui a été cultivé et inoculé avec succès.

©BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Décembre 1887.

Parmi les communications les plus intéressantes faites à la Société, nous relèverons les suivantes :

M. le docteur Bottey a rapporté *un cas d'aphonie hystérique guérie par la suggestion hypnotique*. Dans l'hystérie confirmée, et tout particulièrement dans l'hystérie convulsive, la suggestion peut donner, dans quelques cas, de bons résultats pour combattre certains symptômes pathologiques : contractures, paralysies, névralgies, etc.

Le point spécial qui rend l'observation très remarquable, c'est que M. Bottey a pu produire l'hypnotisme à l'insu de la malade par un procédé particulier d'ordre physique.

Mlle X..., âgée de 26 ans, après avoir présenté différents accidents de nature hystérique, fut prise d'aphonie. Ce symptôme durait depuis dix-huit mois quand la patiente se présenta à notre confrère. A ce moment elle pouvait encore se faire comprendre, quoique difficilement, en chuchotant. Rien à l'examen laryngoscopique; anémie, anorexie et crises gastralgiques.

L'électrisation par courants interrompus et l'hydrothérapie méthodique ne donnant aucun résultat, M. Bottey, sans faire part de son intention à la malade, applique un courant galvanique de très faible intensité, 5 à 6 milli-ampères, sur les régions temporales.

L'électrode positive fut placée à gauche et l'électrode négative à droite; en même temps, on recommande au sujet de fermer les yeux et de rester dans le plus grand calme.

Au bout de quelques minutes survint un état de somnambulisme imparfait dans lequel on put provoquer des illusions, des suggestions diverses.

Alors, cessant l'application du courant, notre confrère fit prononcer à la malade, en procédant par injonction, toutes les lettres de l'alphabet; puis un certain nombre de mots isolés, enfin des phrases entières, il l'obligea même à chanter. Le timbre de la voix était rauque, et, de temps en temps, elle était bitonale.

Au bout de huit à dix minutes, il affirma à la patiente qu'elle pourrait parler clairement et provoqua le réveil en intervertissant l'ordre du courant électrique, c'est-à-dire en appliquant l'électrode positive à droite et la négative à gauche.

Après avoir repris connaissance, la jeune femme émit des sons articulés qui, sans être aussi nets que pendant l'état somnambulique, étaient néanmoins très perceptibles à distance.

M. Bottey pratiqua tous les jours une nouvelle séance d'hypnotisation, et, au bout de cinq jours, la voix laryngée était totalement revenue et d'une façon persistante.

La connaissance du procédé employé pour produire l'hypnose est intéressante, car elle pourra permettre, chez les sujets sensibles aux agents électro-magnétiques, de pratiquer l'hypnotisme dans des conditions rigoureusement scientifiques.

— M. Ory a fait connaître un fait de *luxation sous-coracoïdienne* récente déterminée par une violente contraction musculaire.

Un jeune homme de 19 ans, bien musclé, bien portant, n'accusant antérieurement aucune maladie ou lésion articulaire, ayant une discussion avec un de ses camarades, se met en colère, veut frapper son adversaire et s'élance pour donner un vigoureux coup de poing.

Mais cet adversaire ayant prévenu le coup, se dérobe en temps opportun et le lutteur frappe dans le vide. Aussitôt il pousse un cri, éprouve dans l'épaule une violente douleur et ne peut plus remuer ce bras qu'avec peine.

M. Ory l'examine quelque temps après et reconnaît une luxation sous-coracoïdienne avec tous ses signes classiques, qu'il réduit très facilement par le procédé de Lacour, rotation et élévation combinées.

Notre confrère profite de l'occasion pour comparer le procédé de Lacour avec celui de Kocher. Ces deux auteurs conseillent tous deux la rotation du bras en dehors, l'avant-

©BIU Santé

bras étant fléchi à angle droit sur le bras; mais, dans le procédé de Lacour, le coude est, dès le début, relevé horizontalement en avant, puis on fait une traction modérée sur le bras, puis le coude est porté en dehors; tandis que dans le procédé de Kocher, tel qu'il a été publié, on maintient tout d'abord le coude le long du thorax, puis ensuite le coude est porté en haut et un peu en dedans pendant la rotation. Les deux auteurs prescrivent ensuite de terminer la réduction par une rotation du bras en dedans.

M. Ory a choisi le procédé de Lacour, parce qu'il est moins douloureux que l'autre et qu'il n'exige pas de porter aussi loin la rotation du bras en dehors; c'est plus véritablement un procédé de douceur.

Dans la discussion qui a suivi cette intéressante communication, M. Richelot a fait remarquer que les deux procédés agissent par rotation en dehors; mais, dans le premier, on met le bras dans l'abduction et, dans le second, dans l'adduction. Le procédé de Lacour réussit bien dans les cas faciles, celui de Kocher s'applique à toutes les luxations sous-coracoïdiennes.

— Nous avons encore à citer une observation de M. E. Schwartz relative à une *plaie du crâne avec plaie du cerveau par coups de couperet au niveau de la région frontale*. — Le blessé, âgé de 47 ans, frappé dans une attaque nocturne, entre à Beaujon le 21 juillet 1887. Il a perdu connaissance et a eu une forte hémorrhagie que l'on a arrêtée par un pansement compressif énergique. Examiné le lendemain matin par M. Schwartz, il ne présente plus aucun signe de commotion cérébrale; mais, localement, on constate l'existence de deux foyers traumatiques : à gauche est une bosse sanguine considérable soulevant le cuir chevelu, qui est érodé à la surface; sur le front, à droite, une plaie longitudinale de 10 centimètres de longueur dirigée de haut en bas et de droite à gauche, à extrémité inférieure, arrivant au-dessus de la bosse nasale; cette plaie, béante, laisse voir au fond l'écaille du frontal fendue, et il y a chevauchement du fragment droit sur le fragment gauche. Entre les deux fragments, on voit de petits fragments de substance cérébrale. L'instrument (couperet) doit avoir pénétré à 3 ou 4 centimètres de profondeur.

L'indication essentielle est de prévenir la méningo-encéphalite. Aussi M. Schwartz, après avoir lavé la plaie à la liqueur de van Swieten, pratique la suture au crin de Florence en drainant de haut en bas. Pansement iodoformé et ouaté compressif.

Huit jours après, le blessé était guéri et rentrait chez lui. Les drains avaient été enlevés le troisième jour. — P. C.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat pendant le mois de janvier 1888.

Jeudi 5 janvier. — M. Dufestel : Des maladies simulées chez les enfants. (Président, M. Brouardel.) — M. Roullié : Résection du sternum. (Président, M. Laboulbène.) — M. Bayoux : Comparaison de l'antipyrine et du salicylate de soude dans le traitement des affections douloureuses et en particulier dans le traitement des affections rhumatismales. (Président, M. G. Sée.) — M. Barbot : Traitement de la coqueluche par les pulvérisations intra-nasales. (Président, M. Jaccoud.) — M. Lahaye : Contribution à l'étude de l'épithélioma de l'urèthre chez la femme. (Président, M. Richet.) — M. Chaleix : Des névralgies vésicales. (Président, M. Peter.)

Vendredi 6. — M. Ythier : Lavage du péritoine dans la laparotomie. (Président, M. Guyon. — M. Mouret : Des tumeurs multiples sous-cutanées dans la diathèse sarcomateuse. (Président, M. Fournier).

Du samedi 7 au mardi 10. — Pas de thèses.

Mercredi 11. — M. Clouard : Du traitement de la pleurésie franche aiguë par la diète lactée. (Président, M. Potain.) — M. Thouvenet : Hypertrophie du cœur. (Président, M. Potain.)

Jeudi 12. — M. Lauth : Cirrhose tuberculeuse. (Président, M. Brouardel.) — M. Hocquet : Des rapports de la chorée gravidique avec l'hystérie. (Président, M. Proust.)

— M. Macé : Des accidents pseudo-méningitiques chez les hystériques. (Président, M. Proust.) — M. Barbier : Albuminurie diphtérique. (Président, M. Bouchard.) — M. Jeanton : Albuminurie dans la maladie de Bright. (Président, M. Dieulafoy).

Du vendredi 13 au lundi 16. — Pas de thèses.

Mardi 17. — M. Léonardi : Pathogénie nerveuse des varices chez les femmes enceintes. (Président, M. Péter.) — M. Delerse : De la mydriase dans quelques affections encéphaliques et cérébro-spinales. (Président, M. Panas.)

Mercredi 18. — Pas de thèses.

Jeudi 19. — M. Hontang : Suette miliaire. (Président, M. Brouardel.) — M. Polguère : Infections secondaires. (Président, M. Cornil.)

Vendredi 20. — M. Guillet : Tumeurs malignes du rein. (Président, M. Guyon.) — M. Gauillard : Contribution à l'étude du phimosis, et au traitement de quelques lésions sous-préputiales. (Président, M. Fournier.)

Samedi 21. — M. Dumont : Etude sur les bactéries des eaux minérales de Bohême. (Président, M. Proust.) — M. de Vernéjoul : Contribution à l'étude du traitement chirurgical de la pleurésie purulente chez les enfants. (Président, M. Dieulafoy.)

Lundi 23. — Pas de thèses.

Mardi 24. — M. Mouchet : Endométrite. (Président, M. Cornil.) — M. Planchard : Anémie pernicieuse. (Président, M. Cornil.)

Mercredi 25. — M. Vivien : Ostéo-arthrite tuberculeuse de l'articulation de l'épaule. (Président, M. Guyon.) — M. Engelbach : Tumeur de la prostate. (Président, M. Guyon.)

Jeudi 26. — M. Nourric : Névralgie brachiale double. (Président, M. Peter.) — M. Rendon : Fièvres de surmenage. (Président, M. Peter.) — M. Perchet : De l'arthrite blennorrhagique (Etiologie et pathogénie). (Président, M. Ball). — M. Blanc : Du traitement des ulcères variqueux par le sulfate de cuivre. (Président, M. Duplay). — M. Leriche : Contribution à l'étude des anévrysmes artério-veineux des vaisseaux poplités. (Président, M. Duplay.)

Vendredi 27 et samedi 28. — Pas de thèse.

Lundi 30. — M. Secheyron : De l'hystérectomie vaginale. (Président, M. Lannelongue.) — M. Kaddour : Des pneumonies, dans les opérations d'extirpation du sein. (Président, M. Lannelongue).

Mardi 31. — M. M. de Gimard : Purpura hémorrhagique. (Président, M. Grancher.) — M. Baisle : De la guérison de pseudo-paralysie syphilitique. (Président, M. Grancher.)

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La polyclinique Humbert Ier. — La première pierre de la polyclinique qui doit être élevée à Rome sera posée sous peu de jours.

— La composition du personnel de l'Institut d'hygiène de Berlin a subi, au commencement de cette année, les quelques modifications suivantes :

Le docteur Georg Frank passe à la direction du laboratoire bactériologique à la station zoologique de Naples ; il sera remplacé par le docteur Carl Fraenkel. C'est le docteur V. Esmarch qui devient deuxième assistant. Le docteur Petri est appelé à la direction du Musée d'hygiène. Enfin les médecins d'état-major Plagge et Weisser, et le médecin de la marine Globig rejoignent leur poste à l'armée et à la flotte, et sont remplacés par les médecins d'état-major Kircherer, Pfeiffer, et Nocht, de la marine.

— A la suite de graves désordres, l'Université de Saint-Pétersbourg a été fermée.

— La Société médico-légale de New-York a établi des prix et récompenses pour les meilleurs travaux sur la jurisprudence médicale et la médecine légale. Mais, ne peuvent prendre part au concours que les seuls membres actifs, honoraires ou correspondants de la Compagnie.

— Il vient de paraître, en date du 1er janvier 1888, une nouvelle publication médicale

©BIU Santé

italienne ayant pour titre la *Salute pubblica*. Le rédacteur en chef est le professeur Carlo Ruata. Cette revue d'hygiène paraîtra en fascicule mensuel de 32 pages.

« Sur notre population de 29,000,000 d'habitants, trouvons-nous dans le premier article, meurt une moyenne de 800,000 personnes, soit une mortalité moyenne annuelle de 27,5 p. 1,000. Il est certain que dans un pays bien administré sous le rapport de l'hygiène, la mortalité moyenne ne doit pas dépasser 14 p. 1,000 habitants. Nous avons donc en Italie, un excès de mortalité de 14 p. 1,000, c'est-à-dire que meurent, tous les ans 400,000 des nôtres qui devraient être conservés à la vie.

« Ce n'est pas là une exagération, quand on pense qu'autrefois la mortalité de Londres s'élevait à 40 p. 1,000 habitants, et que, grâce à une organisation sanitaire pratique et scientifique, cette mortalité est actuellement tombée à 19 p. 1,000. On ne peut qu'ajouter foi à cette assertion de Spencer Wels qu'avec des institutions sanitaires mieux entendues notre mortalité pourra se réduire à 14 et même à 12 p. 1,000. »

C'est cette amélioration des institutions sanitaires qui est l'objectif de la *Salute pubblica*.

COURRIER

Association générale des médecins de France. — *Société centrale.* — La séance annuelle de la Société centrale aura lieu le dimanche 5 février prochain, à deux heures et demie, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, sous la présidence de M. Lannelongue.

Ordre du jour : Allocution du président; rapport du secrétaire; compte rendu du trésorier; ratification des admissions faites dans l'année; élection de dix membres de la commission administrative en remplacement des membres sortants.

— M. le docteur Gueneau a été élu, dimanche dernier, conseiller général de la Côte-d'Or, pour le canton de Nolay.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Asa Gray, membre correspondant de l'Académie des sciences (section de botanique), et Duval, conseiller général de la Seine-Inférieure.

— Il vient d'être créé à l'hôpital Saint-Louis une bibliothèque médicale, annexée au musée pathologique de l'hôpital. Cette bibliothèque placée sous le patronage de l'Administration générale de l'Assistance publique, est librement ouverte au public médical, médecins et élèves. Quoique plus spécialement destinée aux ouvrages relatifs à la dermatologie et à la syphiligraphie, elle contiendra cependant les œuvres les plus importantes dans chaque branche des sciences médicales et de nombreux journaux périodiques français et étrangers. Créée par les soins des médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis, déjà gratifiée de nombreux dons par de généreux confrères, cette bibliothèque peut devenir rapidement, avec le concours du corps médical, un important centre d'études. Nous faisons donc appel à la générosité de tous les médecins français et étrangers et les prions de vouloir bien honorer notre bibliothèque de l'envoi de leurs propres ouvrages des publications, ainsi que des livres et collections dont ils jugeraient à propos de se défaire.

Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis :

Lailler, Vidal, Besnier, Fournier, Hallopeau, Quinquaud; Péan, Le Dentu, Lucas-Championnière, Porak.

— Le docteur H. Picard reprendra son cours, le lundi 6 février, à cinq heures, amphithéâtre numéro 1 de l'Ecole pratique, et le continuera les vendredis et lundis suivants à la même heure.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

© BIU Santé

Sommaire

I. Les eaux de Paris et de Vienne, et la fièvre typhoïde. — II. Association générale des médecins de France. Société centrale. — III. Bibliothèque : Le magnétisme animal étudié sous le nom de force neurique rayonnante et circulante. — IV. Revue des journaux : De la dilatation utérine. — V. Gouttière à valves mobiles. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VII. Formulaire. — VIII. Nouvelles de l'étranger. — IX. Courrier.

Les eaux de Paris et de Vienne, et la fièvre typhoïde.

Des sources admirables, donnant en abondance de l'eau d'excellente qualité, limpides, fraîches, pures, ont été achetées en 1884 *par la Ville de Paris. Elles attendent encore des pouvoirs publics la déclaration d'utilité publique nécessaire pour en permettre l'adduction.* C'est ainsi que s'exprimait M. Bechmann, ingénieur en chef des eaux de Paris, dans la séance du 23 novembre 1887, devant la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle. De 1884 à 1888, quatre ans se sont écoulés pendant lesquels, au lieu de cette eau limpide, fraîche et pure, on a de temps en temps distribué aux Parisiens une eau chargée de principes typhiques — aux Parisiens et à la province — car, suivant M. Brouardel, beaucoup d'épidémies de fièvre typhoïde dans les départements y sont apportées par un Parisien qui emporte de la capitale les germes morbides.

Les médecins s'efforcent de répandre dans la population l'idée que l'eau de la Seine peut contenir des poisons mortels, et, comme M. Bechmann est le souverain distributeur des eaux, il s'est senti directement atteint par cette accusation. Il n'est nullement coupable, puisqu'il a la main forcée, et il n'avait point à se laver d'une accusation qui ne le touchait en rien. Il se serait mis à l'abri de tout reproche, en admettant qu'on eût songé à lui en faire, avec quatre mots, ceux qui commencent ce compte rendu. « Messieurs, il ne faut pas en vouloir aux ingénieurs de l'insuffisance de la Vanne et de la Dhuys. Nous avons demandé l'achat d'autres sources. On nous l'a accordé. L'achat est fait depuis quatre ans; mais on ne veut pas nous permettre de les amener à Paris. Il paraît que le chemin de fer métropolitain doit passer avant tout. »

Ces paroles auraient suffi pour que la cause fût entendue. Malheureusement, M. Bechmann a voulu faire de la médecine. Il a cru que, pour faire une bonne statistique médicale, il suffisait de savoir compter.

L'an passé, on a distribué l'eau de Seine à plusieurs quartiers de Paris. M. Bechmann a consulté les tables de mortalité des divers arrondissements, *pendant* la distribution de cette eau réputée dangereuse par les médecins, et il a trouvé que les arrondissements qui avaient conservé l'eau de Vannes et de Dhuys avaient payé un plus large tribut à la fièvre typhoïde que les arrondissements abreuvés d'eau de Seine.

Les chiffres ne se discutent pas, et M. Bechmann a été convaincu par deux et deux font quatre que les médecins s'abusaient. Convaincu? Je n'oserais l'affirmer. Peut-être M. Bechmann fait-il bouillir l'eau qu'il boit quand elle est suspecte, car, malgré ses statistiques, il admet que l'eau de Seine est suspecte et déclare que l'eau potable, comme la femme de César, ne doit pas même être soupçonnée.

A la séance où le mémoire de M. Bechmann fut communiqué, n'assistaient ni M. Brouardel, ni M. Chantemesse. La discussion devait donc revenir. M. le docteur Napias a fait remarquer à M. Bechmann que, dans les VIIIe, XVIe et XVIIe arrondissements auxquels on avait donné l'eau de

©BIU Santé

Seine, s'il y avait eu moins de fièvres typhoïdes qu'autre part, cela tenait moins aux bienfaits de l'eau de Seine qu'à l'absence de matière morbifiable, les habitants étant à la campagne.

M. le docteur Gellé demande à M. Bechmann, sans que celui-ci puisse trancher la question, quelle eau était distribuée dans le XIVe arrondissement à un couvent habité par 300 personnes, et où fut observée, par lui, une épidémie due à l'usage de l'eau. Des novices arrivées récemment et peu au courant des usages de la maison, boivent l'eau de leur pot à l'eau. En dix jours, 132 filles sont prises d'accidents toxiques, septiques, typhiques; un certain nombre ont la fièvre typhoïde. On enlève les pots à l'eau; elles ne peuvent boire que l'eau bouillie servie à table, et l'épidémie s'éteint.

Dans la séance du 28 décembre 1887, MM. Mosny, Chantemesse et Brouardel ont successivement pris la parole. M. Mosny a commencé par la meilleure des éloquences, celle des faits. Nous résumons ici son rapport sur l'eau potable à Vienne. Il suffit d'avoir passé quelques jours à Vienne pour remarquer que l'eau potable y est fraîche, limpide et que les Viennois en sont enthousiastes. Ils l'aiment, et ils en boivent beaucoup. Les Viennois se font envoyer à la campagne leur eau précieuse. Ils y tiennent et savent à quoi ils s'exposent en en buvant d'autre.

Les maladies que nous regardons communément comme transmises par l'eau, n'existent, pour ainsi dire, plus à Vienne. Aucun cas de *choléra* ne s'est montré dans la ville depuis l'installation des nouvelles conduites d'eau.

La *dysenterie* qui, chaque année, tuait en moyenne 70 habitants a brusquement diminué en 1874, époque à laquelle on a doté Vienne d'eau de source pure. Dès lors la dysenterie a progressivement décru, et, depuis 1881, aucun cas n'a été signalé.

Pour la *fièvre typhoïde* les résultats sont encore plus évidents, car les statistiques remontent plus haut et portent sur un plus grand nombre de cas. M. Mosny a pu faire l'étude rétrospective d'une épidémie des plus meurtrières, qui se déclara en 1877, deux ans après l'approvisionnement d'eau de source, à la suite de la substitution d'eau du Danube à l'eau de source dans certains arrondissements.

Depuis que l'eau de source a remplacé l'eau du Danube, la fièvre typhoïde a presque totalement disparu. Le professeur Nothnagel disait à M. Mosny, en lui montrant dans son service d'hôpital un cas de fièvre typhoïde venu des environs de Vienne : « Voici pour nous une rareté, depuis que nous avons de l'eau de source, et quand par hasard un cas semblable se présente à l'hôpital, je le montre aux étudiants à titre de cas intéressant; encore nous vient-il des environs, ce qui arrive dans la plupart des cas. »

Vienne, jusque dans ces derniers temps, a tiré son eau potable de puits, du Danube et en minimes proportions de sources voisines.

Les puits fournissaient une eau chargée d'infusoires et de matières organiques en putréfaction venant des égouts dont les canaux n'étaient pas étanches. En 1859, la commune de Vienne fit placer plus profondément les égouts, et *la fièvre typhoïde tomba brusquement* à un taux qu'elle n'a dépassé depuis que pendant l'épidémie de 1871.

L'eau potable fournie par les puits ne suffisant pas, on avait construit, de 1831 à 1841, la conduite d'eau de l'empereur Ferdinand, qui prenait l'eau au-dessus du bas-fond du canal du Danube d'où elle venait par filtration naturelle.

En 1874, Vienne posséda de l'eau de source. On abandonna les conduites Ferdinand. Des réservoirs distribuèrent par jour 120,000 mètres cubes d'eau de source par une canalisation de 358 kilom. 6, dont l'installation coûta 19 millions de florins et approvisionne 11,000 maisons (88,8 p. 100 du nombre total) et 3,000 fontaines, bouches à eau, urinoirs, etc.

Malgré les dimensions colossales de cet ouvrage, l'eau pourtant vint à manquer en 1877, le froid rigoureux de l'hiver 1876-1877 ayant amené la congélation des Hautes-Sources. *On dut remettre en activité les machines de la conduite Ferdinand*, et l'épidémie de fièvre typhoïde reparut, épidémie des plus meurtrières dans laquelle la mortalité des malades fut de 25 p. 100.

Pour éviter à l'avenir de pareils accidents et supprimer l'usage de l'eau du Danube, le 18 juin 1877 la municipalité décréta la construction de nouveaux ouvrages qui fonctionnaient le 15 décembre de la même année. On creusa quatre puits de 10 mètres de profondeur et de 6 mètres de diamètre dans la vallée de la Schwarza. Des conduits de 1,300 mètres amenèrent l'eau dans l'aqueduc des Hautes-Sources; 16,800 mètres cubes d'eau furent obtenus au prix de 780,000 florins.

En somme, aujourd'hui Vienne reçoit 130,000 mètres cubes d'eau de source, ce qui fait 170 litres par habitant et par jour. On ne se sert même plus de l'eau du Danube pour le nettoyage des rues. Pour se mettre plus sûrement à l'abri du manque d'eau, on étudie un projet de captation de nouvelles sources dans les Hautes-Montagnes. La dysenterie a disparu, la fièvre typhoïde est une rareté.

Quelle a été la marche de la fièvre typhoïde à Vienne de 1851 à 1886?

Des graphiques du professeur Drasche, il ressort d'une façon évidente que la mortalité par fièvre typhoïde a diminué considérablement à deux époques, en 1859 et en 1879. En 1859, on purifia les puits en abaissant le niveau des égouts et en rendant les canaux étanches. En 1874, l'eau de source fut amenée à Vienne. En 1877, épidémie meurtrière à la suite de la mise en activité de l'ancien aqueduc Ferdinand, alimenté par le Danube. On distribue cette eau dans les Ier, IIe, VIe et IXe arrondissements. Alors, dans chaque arrondissement, le nombre des décès est en raison inverse du nombre des maisons pourvues d'eau de source. Le IIe et le IXe ont une plus grande mortalité. Ils ont peu d'eau de source, beaucoup d'eau de puits et surtout d'eau du Danube. Le Ier et le VIe, qui possèdent relativement beaucoup d'eau de source sont moins frappés. Enfin, dans les six arrondissements qui n'ont pas reçu d'eau du Danube, la mortalité est très peu élevée; mais, chose curieuse, les cas sont plus graves, comme si les habitants des arrondissements abreuvés par le Danube avaient une sorte d'accoutumance qui atténuait le virus.

De tout cela, M. Mosny concluait que l'eau est le principal agent de transmission de la fièvre typhoïde, et qu'il suffit pour faire complètement disparaître cette affection d'une grande ville où elle est endémique, de distribuer aux habitants de l'eau d'une qualité incontestable et en quantité suffisante.

Il ne suffit pas de donner de bonne eau de source; il faut ne pas y mélanger, quand on en manque, de l'eau infectée.

A Vienne, on n'a pas hésité, devant l'évidence des faits, à reconnaître l'insuffisance de la qualité des eaux du Danube. On a constaté les faits, on a reconnu ce que depuis longtemps on avait avancé et prouvé en France, que l'eau potable devait être accusée de transmettre et de propager certaines

©BIU Santé

maladies infectieuse et surtout la fièvre typhoïde. Et sans perdre de temps dans des discussions oiseuses, sans vouloir, par des arguments spécieux, persuader à la population de se contenter de l'eau du fleuve et lui démontrer que cette eau est inoffensive, à la condition qu'elle n'en boive pas, on a étudié les moyens de remédier au mal, et on a, sans plus tarder, doté la ville des admirables eaux qui l'alimentent aujourd'hui.

La communication de M. Mosny a été immédiatement suivie, à la Société de médecine publique, de la réponse de MM. Chantemesse et Brouardel au mémoire de M. Bechmann. M. Chantemesse, qui a parlé le premier, a été bref et a tranché dans le vif. Les graphiques de M. Bechmann, a-t-il dit, ne supportent pas la discussion. Il s'agit de savoir si, oui ou non, l'eau de Seine à Paris donne la fièvre typhoïde. M. Bechmann nous montre des graphiques qui indiquent la marche de la maladie dans les arrondissements où l'on a donné de l'eau de rivière ; seulement, cette marche est notée *avant* et *pendant* la distribution de cette eau et jamais *après*. Or, comme on sait qu'entre le jour de la contagion de la fièvre typhoïde et le jour de la mort, il s'écoule au moins trois ou quatre semaines, les graphiques de M. Bechmann perdent toute valeur.

Le travail qu'il n'a pas fait, je l'ai entrepris pour quelques arrondissements. Je vois, dans sa communication que, du 8 au 20 août 1887, on a donné de l'eau de rivière dans les Ve, VIe et VIIe arrondissements. J'ai cherché sur les tables du *Bulletin hebdomadaire* de M. Bertillon le chiffre des morts dans ces arrondissements, du 4 septembre au 8 octobre 1887. Le chiffre est de 25 pour 296,790 habitants. Pendant cette même période, le reste des habitants de Paris servis avec l'eau de source fournissait, pour 1,964,155 habitants, 124 morts de fièvre typhoïde, c'est-à-dire 17 pour 296,790.

D'un côté 25 et de l'autre 17 morts; il n'est pas besoin de commentaires.

M. Bechmann écrit que c'est commettre un acte d'injustice envers le service des eaux, que d'accuser les eaux de la Seine de donner la fièvre typhoïde. La justice n'a rien à faire dans les lois de la pathologie, et la pathologie nous enseigne de nous défier de l'eau de rivière qui contient des bacilles typhiques.

Après la communication si intéressante et si grave de M. Mosny, j'estime que, s'il reste un médecin qui ait encore une opinion à se faire sur ce sujet, il voudra bien lire son travail, il sera édifié pour toujours.

Après M. Chantemesse, M. Brouardel, moins tranchant, mais aussi convaincu, défendit le corps médical de l'intention d'être désagréable aux ingénieurs de la ville.

C'est grâce aux efforts de ceux-ci que les eaux de la Dhuys et de la Vanne ont été amenées à Paris. On ne saurait en vouloir aux ingénieurs de la distribution d'eau de Seine, car ils ne peuvent donner que ce qu'ils ont, et lorsqu'ils n'ont pas d'eau de source, il faut bien qu'ils donnent d'autre eau.

Pourtant, tous les ingénieurs sont loin d'attribuer une grande importance à la qualité de l'eau, et l'un des prédécesseurs de M. Bechmann, M. Conche, était loin de partager l'opinion des médecins. Pendant une épidémie de choléra, il avait fait noter avec soin la nature de l'eau que recevait chaque maison. Il avait trouvé que les maisons alimentées par le canal de l'Ourcq fournissaient le plus de mortalité. Il attribuait cette mortalité à la misère des habitants de ces maisons, mais les maisons où la mortalité fut moindre étaient celles qui n'avaient pas d'eau du tout. Leurs habitants allaient puiser aux bornes-fontaines alimentées par l'eau de la Vanne.

©BIU Santé

Le prédécesseur de M. Bechmann se trompait donc. Aujourd'hui, les ingénieurs ne professent plus ces opinions; du moins M. Bronardel l'espère et ne veut pas dire du mal d'eux. Cependant leurs actes ne sont pas toujours en rapport avec leurs opinions, et surtout avec celle du corps médical. Il y a quelques mois, on soumettait au Conseil de salubrité la question suivante : « Peut-on laisser établir une prise d'eau dans le port de Grenelle? » A l'unanimité, le Conseil répondit : « Non. » Mais les travaux étaient commencés, et nul ne serait étonné si M. Bechmann nous apprenait qu'on les utilise.

M. Bechmann croit avoir établi que l'eau de Seine ne donne pas la fièvre typhoïde; mais ses tableaux prouvent le contraire. Ce n'est pas le jour de la distribution que se manifeste l'épidémie. Il faut douze à quatorze jours d'incubation, et tous les médecins savent qu'on meurt d'ordinaire de la fièvre typhoïde dans la quatrième ou cinquième semaine. Or, la quatrième semaine du tableau de M. Bechmann nous donne 6 décès; la cinquième et la sixième, 14; la septième, 29; la huitième, 36; la treizième, 44. La diminution de la mortalité ne marche pas avec la restitution de l'eau de source, parce que les tuyaux restent souillés de microbes plus ou moins longtemps.

M. Brouardel se plaint de cette façon de distribuer successivement l'eau de Seine à tous les quartiers. « Quand vous n'avez plus, dit-il, d'habitant typhoïsable dans un quartier, vous passez à l'arrondissement voisin. »

M. Brouardel termine en comparant Vienne à Paris et en souhaitant que les médecins puissent un jour dire ce que M. Nothnagel lui disait, à Vienne, il y a peu de mois : « Quand j'ai dans mon service un cas de fièvre typhoïde, je mets un écriteau pour que les étudiants puissent venir voir cette rareté. »

Il n'était pas facile de répondre. M. Bechmann prit le parti de passer sous silence ses statistiques. Il a simplement voulu, dit-il, demander aux médecins de tenir compte des nécessités de l'ingénieur. Cependant, il ne peut se défendre d'une nouvelle échappée vers la science médicale. M. Brouardel croit que les substitutions d'eau dans les tuyaux sont redoutables; mais M. Miquel a montré qu'il y avait 110 microbes dans l'eau de la Vanne pris au réservoir et 130 au bout des canaux. La différence n'est pas bien importante, surtout si l'on observe que l'eau de Seine en renferme de 10 à 20,000.

C'est pour ne pas blesser l'égalité, en effet, qu'il donne à chaque arrondissement sa petite provision d'eau de Seine. Quant à la prise de Grenelle, elle n'a pas encore fonctionné; mais cela ne tardera guère, et on ne se servira de cette eau que pour l'arrosage des rues et l'alimentation des machines à vapeur.

M. Brouardel, quoique visiblement impatienté, conclut alors par quelques mots de conciliation, tout en relevant les singulières propositions de M. Bechman : « Si nous effrayons la population, c'est pour qu'on ne revienne pas nous dire que le Métropolitain doit passer avant l'eau propre, et si vous ne pouvez aboutir tout seuls, pourquoi nous reprocher nos efforts? Il faut saisir l'opinion publique, c'est le seul moyen d'aboutir.

Comment ferez-vous pour empêcher les ouvriers et les mécaniciens de boire l'eau puisée à Grenelle?

Enfin, je ne comprends pas les numérations des microbes. Qu'importe de savoir le nombre des animaux dans une forêt. Je me soucie peu des bêtes à bon Dieu, et beaucoup des serpents à sonnette. De même, il y a des

©BIU Santé

microbes inoffensifs et il y en a de nuisibles. Ce sont ceux-ci qui m'intéressent. En somme, je termine en déclarant que nous voulons combattre le bon combat avec les ingénieurs pour qu'on nous donne de l'eau propre.

H. S.

Association générale des médecins de France.

SOCIÉTÉ CENTRALE.

La séance annuelle de la Société centrale s'est tenue avant-hier, 5 février, dans l'amphithéâtre de l'Assistance publique. Nous avons regretté que nos confrères ne fussent pas venus en plus grand nombre — on était quarante à peine — pour entendre l'allocution, très vivement applaudie, de M. le président Lannelongue et le rapport du secrétaire général. M. le docteur Piogey nous a parlé longuement, et en termes émus, des morts de l'année; Gallard, Béclard, Foville, Gosselin ont été l'objet de véritables notices biographiques, écoutées avec l'attention et la sympathie qu'éveillaient à la fois ces noms respectés et la personne de leur panégyriste. M. Brun nous a présenté un budget en parfait équilibre et démontré une fois de plus son talent de ministre des finances. Puis l'assemblée a ratifié les admissions faites pendant l'année dernière, et remplacé dix membres sortants de la commission administrative.

BIBLIOTHÈQUE

LE MAGNÉTISME ANIMAL ÉTUDIÉ SOUS LE NOM DE FORCE NEURIQUE RAYONNANTE ET CIRCULANTE, par le docteur A. BARÉTY. — Paris, O. Doin et J. Lechevallier, 1887.

L'ouvrage de M. Baréty est divisé en deux livres, dont le premier est entièrement consacré au récit des expériences pratiquées sur le sujet qui a mis notre confrère sur la voie de ses découvertes.

Ces premières expériences l'ont rapidement conduit à admettre qu'il existe chez l'homme, et très probablement chez les animaux, une force particulière qui n'est peut-être que la force nerveuse elle-même. Elle y existerait à l'état statique et à l'état dynamique avec circulation intérieure et rayonnement. La force rayonnante émane des yeux, des extrémités des doigts et des poumons par le souffle et les rayons neuriques se propagent en ligne droite, se réfléchissent et se réfractent comme les rayons lumineux. Ils peuvent traverser des corps inanimés épais et sont arrêtés par certaines couleurs (jaune, violet) ou certains corps.

La force neurique semble être nulle chez un grand nombre de personnes, extrêmement faible chez d'autres et plus ou moins intense chez quelques unes.

« Les radiations digitales que j'ai employées dans l'état de veille et sans anesthésie préalable peuvent anesthésier momentanément les téguments, les hyperesthésier, provoquer des contractions musculaires, endormir à des degrés divers, affaiblir ou abolir momentanément la vue, l'ouïe, l'odorat, calmer les névralgies et la toux, supprimer la voix, etc. »

Dans les chapitres suivants, l'auteur étudie l'action des passes dans le domaine des nerfs ascendants et descendants, les effets directs des passes en regard des diverses régions du tronc, des membres, et leurs effets indirects. Il insiste surtout avec grands détails sur les effets différents qui se produisent selon la manière dont on pratique les passes, selon leur sens. A la suite de cette étude, il admet que la surface du corps se divise en deux grandes régions, celle des nerfs ascendants et celle des descendants séparés par une ligne qu'il appelle naso-auriculo-cervicale; les passes anesthésient quand

elles sont faites dans le sens de la distribution des nerfs et hyperesthésient dans le cas contraire. Ce sont là les conclusions principales qui servent de base à toutes les autres.

Les neurisations oculaires et pneumiques sont alors étudiées, puis la neurisation à distance, la neurisation immédiate par contact direct et médiate par agents intermédiaires, la neuricité pouvant se communiquer à des objets inanimés. On peut neuriser de l'eau et s'en servir pour guérir des spasmes du pharynx et de l'œsophage, soulager la dyspnée. Certaines expériences sont des plus singulières, et M. Baréty put, par exemple, rendre la moitié de la page d'un livre très amusante à lire et l'autre si ennuyeuse que le sujet s'endormit.

Après avoir passé en revue les effets produits par la neurisation dans l'état de veille avec anesthésie ou hyperesthésie préalable provoquée ou spontanée chez le sujet, l'auteur étudie dans les plus grands détails les particularités des trois degrés du sommeil neurique et établit ensuite l'indépendance fonctionnelle des deux hémisphères et l'action de divers métaux.

Le deuxième livre contient l'exposé de 11 observations confirmant la première et qui ont permis à l'auteur de vérifier tout ce qu'il avait établi d'après son premier sujet.

Le livre de M. Baréty, s'il étonne un peu au premier abord, est essentiellement un ouvrage écrit de bonne foi aussi ; si étranges que paraissent quelques-uns des résultats obtenus par l'auteur, ils méritent tous d'être soumis au contrôle de l'expérience.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

De la dilatation utérine, par le docteur L. Landau. (*Deutsche med. Zeit.*, 1887, 93, et *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, décembre 1887.) — La méthode de Landau consiste à :

1° Obturer la cavité par des corps incapables de déterminer du traumatisme et de l'infection ;

2° A augmenter par gradation le volume formé par l'agglomération de ces corps étrangers.

Elle rend visible l'intérieur de l'utérus et permet de maintenir la dilatation à tous les degrés.

L'auteur préconise la gaze iodoformée. Il désinfecte d'abord la gaze avec une solution de sublimé à 1 pour 1000, puis il la sèche et la coupe en languettes d'un mètre à un mètre et demi de longueur et de deux à trois travers de doigt de largeur, qu'il permet ensuite dans une solution d'iodoforme dans l'éther. Ce dernier évaporé se conserve dans un flacon stérilisé et bien bouché.

L'introduction se fait par une sonde utérine ordinaire en bourrant lentement et graduellement. Les languettes sont laissées vingt-quatre à quarante-huit heures en place. Il n'y a réellement de difficulté à les introduire que quand il y a flexion utérine accentuée ou rigidité de la portion vaginale.

Quand la première introduction est difficile, on peut mettre pendant douze heures une tige de laminaria dans le col. Plus l'utérus est ramolli, plus vite il se dilate.

La gaze iodoformée ne cause pas de douleurs et est exempte de dangers. La méthode permet, si l'on ne veut qu'agir à l'intérieur de l'utérus, d'y arriver par un seul pansement ou bien de maintenir à volonté et pendant longtemps l'utérus à l'état de dilatation.

L'endométrite est une des principales indications et l'iodoforme peut y agir beaucoup, surtout dans l'endométrite gonorrhéique. On peut encore se servir utilement du tamponnement pour le diagnostic d'hémorrhagies utérines d'origine douteuse et pour leur thérapeutique. Elle permet de découvrir de petits myomes sous-muqueux de la grosseur d'une noisette, des restes placentaires, des deciduomes, des polypes, etc.

Fraipont qui a expérimenté en grand le procédé de Landau l'a vu très bien réussir dans des sténoses cicatricielles très serrées. — P. C.

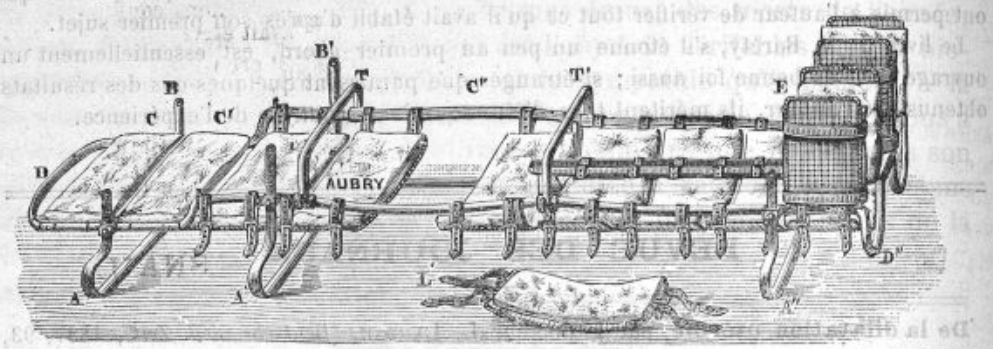
©BIU Santé

Gouttière à valves mobiles

Par le docteur Nicaise. | Construite par M. Aubry, à Paris.

Frappé des inconvénients que présente la gouttière de Bonnet pour la propreté et la facilité des pansements, et surtout dans les résections de la hanche, aussi bien chez l'enfant que chez l'adulte, M. le docteur Nicaise a pensé qu'il y aurait avantage à se servir d'une gouttière dont le fond, au lieu d'être fixe, serait formé de valves mobiles fixées sur un cadre solide ; de cette façon, on pourrait panser le malade sans le soulever, sans le faire souffrir. M. le docteur Nicaise pria M. Aubry de faire une gouttière dans ces conditions.

Le fond de la gouttière est formé par des valves en treillis de fil de fer à cadre résistant. M. Aubry apporta tous ses soins à la construction de l'appareil ; après divers tâtonnements et des modifications indiquées par l'usage, on arriva à la gouttière représentée dans la figure ci-contre.



Le cadre est supporté par trois pieds A A A qui peuvent être allongés ou raccourcis. Ces pieds, en même temps qu'ils soulèvent l'appareil, en augmentent la solidité. En outre sur le cadre se fixent les cerceaux mobiles T et T qui assurent encore la solidité de l'appareil.

Les plaques métalliques plus ou moins concaves sont fixées de chaque côté au cadre de la gouttière par deux courroies en cuir que l'on peut allonger ou raccourcir. Elles sont recouvertes par un coussin capitonné mobile ; les coussins capitonnés peuvent être remplacés par des coussins en caoutchouc que l'on remplit d'air ou d'eau. On voit en L, une plaque détachée avec son coussin. Le nombre de plaques peut varier.

On conçoit qu'il est facile d'enlever une plaque sans remuer le malade, d'où une grande facilité pour faire les pansements et tenir l'appareil dans une propreté absolue. On n'a qu'à enlever la plaque du périnée ou celle du bassin pour les besoins de la miction ou de la défécation ; il n'y a pas en effet dans cette gouttière d'orifice postérieur comme dans la gouttière de Bonnet. La suppression de cet orifice est un avantage, car son rebord détermine souvent, par pression, des douleurs et même des érosions de la peau.

La gouttière est supportée par des pieds qui l'élèvent un peu au-dessus du plan du lit d'une hauteur qu'on peut faire varier à volonté ; ceci permet de se passer des appareils employés ordinairement pour soulever les malades, poulie, mouffles, grand cadre à suspension entourant le lit.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 1er février. — Présidence de M. Poiaillon.

Sommaire : De l'influence du traumatisme sur la grossesse. — Pathogénie de l'ostéomylite : Discussion. — Infection purulente à forme chronique et à forme éruptive. — Présentation de pièces pathologiques. — Kyste hydatique des muscles ; — dilatations variqueuses des nerfs

chez les variqueux. — Néphrectomie pour fistule purulente du rein consécutive à l'extraction d'un calcul par la néphrotomie; guérison. — Concours du prix Gerdy. — Déclaration de deux vacances de membre titulaire.

M. Lannelongue offre en hommage un volume contenant les leçons qu'il a professées à la Faculté sur la *tuberculose vertébrale*. Ce volume comprend non seulement le *mal de Pott*, mais encore le *mal vertébral postérieur*, — le *mal sous-occipital*, — la *tuberculose sacro-iliaque*, — la *tuberculose du sacrum et du coccyx*.

— A l'occasion du procès-verbal, M. Berger fait observer que les rapports du traumatisme opératoire avec le cours de la grossesse ont été déjà l'objet de nombreux travaux qui n'ont pas beaucoup avancé la question. Il y a des cas où l'influence du traumatisme sur l'arrêt de la grossesse peut être difficilement révoquée en doute.

Une jeune femme entre dans le service de M. Berger, pour un ostéo-sarcome de l'extrémité inférieure du fémur qui était le siège de douleurs d'une telle intensité que la malade n'avait pas un moment de sommeil, malgré 6 grammes de chloral et 5 ou 6 centigrammes de morphine. Elle demandait l'opération avec instances. Comme elle était enceinte de six mois et demi, M. Berger attendit que le septième mois fût écoulé, et choisit l'amputation de la cuisse plutôt que la désarticulation de la hanche, afin que la plaie fût plus éloignée de la zone génitale. La guérison s'effectua en quinze jours sans suppuration; M. Berger croyait avoir cause gagnée, lorsque, le dix-septième jour après l'opération, la malade accoucha d'un enfant vivant, mais qui mourut d'athrepsie au bout d'un mois. L'opérée, délivrée par l'amputation de ses douleurs intolérables, avait repris l'appétit, le sommeil et les forces; sa santé était devenue florissante. Malheureusement, au bout de six mois, elle succombait à la généralisation.

Bien qu'on puisse soutenir que l'opération a eu sur la grossesse une influence tardive, on pourrait dire non moins logiquement que l'action d'une opération chirurgicale, même considérable, et alors que le champ opératoire se rapproche de la zone génitale, n'a pas pour effet d'interrompre forcément le cours de la grossesse. En effet, la malade était complètement guérie de son opération, lorsqu'a eu lieu l'accouchement avant terme.

M. Monod fait remarquer que bon nombre d'opérations d'ovariotomie ont pu être pratiquées sans interrompre le cours de la grossesse.

— M. Théophile Anger communique une observation d'ostéomyélite analogue à celle qu'a présentée M. Berger dans la dernière séance. Il s'agit d'une ostéomyélite infectieuse aiguë du tibia, développée spontanément chez un homme de 54 ans.

Après incision, arthrotomie, trépanation du tibia, le malade succomba à l'infection purulente.

Conclusion. — Il existe chez l'adulte une forme d'ostéomyélite spontanée, tout à fait différente de celle de l'enfant, dont les signes peuvent rester latents et sans localisation apparente pendant des semaines; ostéomyélite qui serait probablement susceptible de guérir par une trépanation de l'os et contre laquelle le chirurgien reste impuissant, faute de signes qui lui permettent de porter son intervention sur le siège précis de l'inflammation.

M. Lannelongue fait observer que le nom d'ostéomyélite des adolescents que l'on donne à la maladie dont il s'agit consacre une erreur évidente, puisqu'elle se développe non seulement chez des adolescents, mais encore chez des enfants de dix, neuf, huit, six, cinq ans et au-dessous; en un mot, pendant toute la période du développement du tissu osseux.

Lorsqu'on l'observe chez l'adulte, elle est le plus souvent la prolongation de l'ostéomyélite de l'enfance ou de l'adolescence, dont on retrouve fréquemment la trace dans les reliquats divers que cette affection laisse dans les os; mais il faut avouer qu'il est souvent extrêmement difficile, lorsqu'on est en présence d'une affection osseuse développée chez un sujet de 50 à 60 ans, de faire dire à ce vieillard ce qu'il a eu, par exemple, à l'âge de 5 ans.

M. Lannelongue ne prétend pas dire pour cela qu'il n'y ait pas, chez l'adulte, d'ostéo-

©BIU Santé

myélite *primitive*, puisque les annales de la science ont enregistré des observations qui ne laissent aucun doute à cet égard.

M. Berger rappelle que sa communication a porté seulement sur l'ostéomyélite infectieuse aiguë développée chez l'adulte. On est presque toujours sûr de trouver, en pareil cas, des traces évidentes d'une ostéomyélite antérieure développée pendant la période de l'enfance ou de l'adolescence. Comme M. Lannelongue, il est d'avis que l'ostéomyélite est surtout une maladie de la période de croissance du tissu osseux, et qu'elle a son origine à partir du moment où cette période commence jusqu'à celui où l'os est parvenu à son complet développement. M. Berger estime que, plus on recherchera avec soin les commémoratifs, plus on verra que la maladie a eu son premier début dans l'enfance ou dans l'adolescence.

M. Trélat est d'avis, comme M. Lannelongue, que les ostéomyélites qui encombrent les hôpitaux d'adultes ne sont, pour la plupart, que des ostéomyélites *prolongées* Il en a donné, dans la dernière séance, plusieurs exemples qui lui ont fait dire comme conclusion : « L'ostéomyélite de l'adulte a toujours une vieille histoire. » Mais il convient d'ajouter qu'il y en a qui n'ont pas d'histoire, c'est-à-dire qui sont des ostéomyélites *primitives*.

— M. Desprès communique une observation qui lui paraît à la fois très intéressante et très rare. Il s'agit d'un malade qui, sans traumatisme, présenta des symptômes d'infection purulente à forme chronique et à forme éruptive.

Il était entré à l'hôpital pour une angioleucite du membre inférieur, qui fut traitée par des compresses d'infusion de fleurs de sureau et des cataplasmes. Le dixième jour après son entrée, il fut pris d'un frisson violent, et la température s'éleva tout à coup à 40°. Pendant cinquante jours, la température oscilla de 36 à 41 degrés. On observa, dans une même journée, des écarts de 5 degrés. Tous les dix jours environ, le malade éprouvait un violent frisson, comme dans un accès de fièvre intermittente, et la température s'élevait brusquement de 37 à 40°, parfois à 41°, pour descendre ensuite, plus ou moins rapidement, à 37° et même à 36° Le lendemain des jours de frisson, on pouvait constater une éruption à la peau, plus ou moins considérable.

Le traitement a consisté surtout dans l'administration du sulfate de quinine à la dose de 1 gramme par jour, donné en quatre fois, et dans l'usage de la décoction de quinquina.

Il n'y avait dans les commémoratifs et les antécédents du malade, ni fièvre intermittente paludéenne, ni rhumatisme, ni goutte.

Le malade a fini par guérir.

M. Desprès pense qu'il s'agit ici d'une infection purulente à forme chronique et à forme éruptive, ayant eu son point de départ dans une angioleucite. Il semble que les formes de ce genre sont celles qui ont leur point de départ dans le système lymphatique, dont le rôle dans la production de l'infection purulente n'est pas ordinaire, puisqu'il a été nié par Velpeau.

M. Desprès estime que cette observation est d'un intérêt exceptionnel et méritait d'être communiquée.

M. Richelot trouve cette observation curieuse, en effet, à cause de l'extrême rareté des faits de ce genre par le temps qui court. Mais, si on se reporte à l'époque où nous observions beaucoup d'infections purulentes, il faut reconnaître que des faits semblables n'étaient pas très rares. Nous avons tous vu alors des infections purulentes à forme chronique, durant 30, 40 et 50 jours, et aussi des éruptions cutanées. Il est vrai que le plus souvent les malades finissaient par succomber, tandis que le malade de M. Desprès a guéri.

— M. Lannelongue met sous les yeux de ses collègues une tumeur ayant la forme d'un petit œuf, qu'il a extraite de la cuisse d'un enfant de huit ans, où elle était située en arrière du troisième adducteur. Il s'agit d'un kyste hydatique.

M. Desprès a eu l'occasion d'extraire du muscle biceps une tumeur ayant exactement

l'apparence de ceux de M. Lannelongue et ressemblant à un kyste hydatique. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un myxôme.

M. Trélat pose en axiome la proposition suivante : Toutes les fois qne le chirurgien est en présence d'une tumeur de caractère incertain, *dure* et *ronde*, il doit penser à un kyste hydatique.

— M. Quénu met sous les yeux de ses collègues une pièce pathologique provenant d'un individu atteint de névrite du nerf sciatique. On voit, à la surface du nerf, des veines dilatées, sous forme d'ampoules. Cette pièce montre que dans les affections variqueuses anciennes, les dilatations variqueuses envahissent aussi les nerfs.

— M. le docteur Brun communique une observation de néphrectomie, pratiquée pour une fistule purulente, avec altération de l'uretère, consécutive à l'extraction d'un calcul du rein par la néphrotomie. — La néphrectomie a été suivie de la guérison complète du malade.

M. le Président déclare la vacance de deux places de membre titulaire.

Il annonce ensuite que la question posée pour le prochain concours du prix Gerdy est la snivante : *Du traitement des suppurations diffuses et enkystées du petit bassin.* — A. T.

FORMULAIRE

Pilules contre la mélancolie. — Defoe.

Valérianate de zinc .....
Valérianate de quinine..... } ââ 1 gramme.
Valérianate de fer.....
Mucilage q. s. pour 20 pilules.

Une pilule avant les deux principaux repas, pour combattre les accès de tristesse des femmes nerveuses et dissiper la mélancolie. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La mortalité et l'état sanitaire en Russie laisse fort à désirer. C'est du moins ce qui ressort du compte rendu récemment publié à ce sujet par le docteur Bonbrow, directeur du département médical à Saint-Pétersbourg.

Dans quelques localités, la mortalité atteint 60 et 80 p. 1,000 habitants ; la mortalité des enfants oscille dans ces mêmes lieux entre 59 et 79 p. 100 de la mortalité générale. Bref, chaque année, il y a dans l'empire russe 2,800,000 décès ; et sur ce chiffre élevé ont peut évaluer qu'un demi-million des morts sont dues aux conditions sanitaires défectueuses.

Adultération de l'huile de foie de morue. — Le professeur Poel (de Saint-Pétersbourg) s'est trouvé en présence d'un cas assez rare d'adultération de l'huile de foie de morue. On avait ajouté au liquide 50 p. 100 de pétrole. Les caractères physiques, l'odeur et la saveur du liquide n'avaient éveillé aucun soupçon ; mais le malade fut pris de renvois dont l'odeur rappelait celle du pétrole. Ce fut cette circonstance qui fit reconnaître la fraude. — Ch. S.

COURRIER

Ecole supérieure de pharmacie de Paris. — M. Monnier est nommé surnuméraire à la bibliothèque de ladite Ecole.

©BIU Santé

— M. le docteur Legludic, médecin-adjoint du lycée d'Angers, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. Guichard, démissionnaire.

M. le docteur Jagot, professeur suppléant à l'Ecole de médecine d'Angers, est nommé médecin-adjoint du lycée d'Angers, en remplacement de M. Legludic.

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

ECOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND. — M. Bourgade de la Dardye, professeur de clinique médicale, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de pathologie interne.

M. Dourif, professeur de pathologie interne, est transféré, sur sa demande, dans la chaire de clinique médicale.

— M. Gordon, bibliothécaire de la bibliothèque universitaire de Montpellier (section de médecine), est promu à la seconde classe, pour prendre rang à partir du 1er janvier 1888.

— Nous apprenons que la Société de prévoyance mutuelle des enfants de la Seine a renouvelé son bureau dans la séance du 29 janvier, et que M. Alphonse Desmarres est nommé le vice-président.

TRANSPORT DES BLESSÉS MILITAIRES. — La direction du service de santé au ministère de la guerre a eu la bonne idée de répéter, ces jours derniers, dans des conditions climatériques absolument différentes, des expériences de trains sanitaires par voies d'eau (rivières et canaux) qui avaient été faites l'année passée.

Contrairement à ce qu'ont dit à ce sujet certains journaux politiques, les expériences de l'année dernière avaient fort bien réussi. Elles avaient permis de constater qu'il était possible et facile de transformer rapidement les bateaux marchands en hôpitaux flottants où la locomotion s'effectuait sans secousses appréciables pour les malades et les blessés. Aussi l'essai nouveau qui vient d'être pratiqué avait pour but, non pas de reprendre des tentatives malheureuses, mais simplement de constater si le système d'aménagement employé, qui avait permis de lutter contre les chaleurs de l'été, se prêtait également aux voyages d'hiver.

En conséquence, un convoi d'évacuation par eau, comprenant des médecins militaires, un capitaine du génie, un ingénieur, un officier d'administration et une dizaine d'infirmiers, est parti mercredi dernier du quai Henri IV pour un voyage d'expériences de deux jours.

Nous sommes bien aises de pouvoir dire que cette deuxième expérience a aussi bien réussi que la première et que les poêles employés — qui appartenaient aux différents types fournis par le commerce — ont donné une bonne température malgré le froid exceptionnel qui a régné le jour et la nuit du voyage.

Ces heureux essais permettent d'espérer que l'on verra bientôt les évacuations par eau réglementées comme celles qui se font par les voies ferrées. (*Bull. médical*).

COURS D'ACCOUCHEMENTS. — MM. les docteurs Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements le lundi 13 février, 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 se faire inscrire, s'adresser à M. Boissard, 67, rue Saint-Lazare ou à M. Berthod, 17, place de la République.

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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte, gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques.**

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. E. Desnos : Sur quelques accidents consécutifs à des lavages de la vessie sans sonde. — II. P. Bouloumié : Service de santé militaire : son recrutement et son organisation. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Analyse du Lait d'Arcy.

Sur quelques accidents consécutifs à des lavages de la vessie sans sonde.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 décembre 1887,

Par le docteur E. Desnos, ancien interne des hôpitaux.

Depuis longtemps déjà des chirurgiens ont essayé à diverses reprises de pratiquer le lavage de la vessie sans introduire de sonde à travers l'urèthre, en poussant par ce conduit une injection avec assez de force et de persistance pour que le liquide pénétrât dans la vessie. Le docteur Vandenabeele avait, en 1882, dans sa thèse inaugurale, voulu réhabiliter ce procédé; sa tentative n'a pas fait fortune. Dernièrement, M. Lavaux, interne des hôpitaux, a repris ces expériences et a fait des essais sur le vivant. Il a calculé avec beaucoup de soin la pression nécessaire et suffisante pour faire pénétrer un liquide dans la vessie; il a donné, dans les *Archives générales de médecine* (mars et mai 1887), la description d'un appareil ingénieux grâce auquel il serait impossible d'exercer sur les parois de l'urèthre un traumatisme dangereux. Enfin, il a indiqué minutieusement les précautions antiseptiques qu'on doit prendre en se servant de cet appareil.

M. Lavaux a joint l'exemple au précepte et a publié une série heureuse d'observations de cystites guéries par ces lavages. Cette lecture m'a engagé à employer ce procédé, non pas chez l'homme, mais sur une femme atteinte de cystite blennorrhagique; le résultat n'a pas été favorable. De plus, le hasard m'a mis à même d'observer trois autres malades chez lesquels le lavage de la vessie sans sonde a amené des accidents sérieux. Je rapporte ici ces quatre observations.

Observation I. — La nommée Maria Fe..., âgée de 23 ans, est atteinte d'une leucorrhée abondante accompagnée de douleur et de fréquence des mictions. Aucun antécédent morbide. Réglée à 12 ans, elle est accouchée à 17 ans et, depuis lors, a eu par intermittence un écoulement vaginal plus ou moins abondant qui, il y a trois ans, a augmenté subitement, et s'est accompagné de douleur pendant la miction. Tous ces symptômes avaient disparu presque complètement. Il y a trois semaines, la leucorrhée reparut s'accompagnant d'une douleur cuisante de la région vulvo-vaginale. Les mictions, tout d'abord un peu pénibles vers la fin, ne devinrent fréquentes qu'au bout de quinze jours. Depuis une semaine, la fréquence et la douleur ont augmenté progressivement, sans atteindre un degré extrême; les mictions se renouvellent toutes les demi-heures; la douleur n'est très vive qu'au moment de l'expulsion des dernières gouttes d'urine.

Le 29 juillet 1887, l'état local est le suivant : la vulve est d'un rouge vif, les grandes lèvres sont un peu œdématiées; l'écoulement, qui a diminué depuis quelques jours, paraît-il, est encore assez abondant pour qu'en déprimant la fourchette, on puisse faire écouler quelques gouttes. Le toucher, très douloureux, permet d'atteindre un col utérin normal; l'introduction du spéculum est impossible. La pression sur la paroi uréthrale fait sourdre une gouttelette de pus; aucun instrument n'est introduit dans l'urèthre à ce moment.

En recueillant dans trois verres, le commencement, le milieu et la fin d'une même miction, on voit que l'urine du troisième verre est celle qui contient le plus de pus; celui-ci arrive presque pur au moment de l'expulsion des dernières gouttes.

©BIU Santé

30 juillet. — Traitement : Bains quotidiens. Injections vaginales avec une solution de sublimé à 1/3000; boissons émollientes; suppositoires morphinés.

2 août. — Diminution de l'écoulement vaginal. La fréquence et la douleur des mictions continuent.

Des lavages de la vessie sans sonde sont alors tentés. La vulve et le vagin sont d'abord irrigués à l'aide d'une solution de sublimé. Puis une sonde droite n° 10 (Charrière) est introduite dans l'urèthre sans franchir le col vésical; 25 grammes environ d'une solution boriquée sont poussés par cette sonde goutte à goutte et refluent lentement par le méat. Le lavage de l'urèthre une fois fait, on introduit dans ce canal, à une profondeur de 2 centimètres, une canule de gutta-percha dont l'orifice a une section de 1 millimètre 1/2 de diamètre. Puis un appareil à irrigation continue, à siphon amorcé, est adapté à la canule, et le récipient contenant une solution boriquée à 4 p. 100 est placé à 80 centimètres au-dessus de la vessie de la malade. La communication est alors établie; une petite quantité de liquide (30 grammes environ) pénètre ainsi dans la vessie, puis l'écoulement s'arrête aussitôt; la communication est alors interrompue et le liquide, mélangé d'urine purulente, est rejeté aussitôt violemment. Au bout de quelques minutes, nouvelle injection; 20 grammes de liquide seulement pénètrent, et sont immédiatement rejetés avec plus de violence.

Il y eut, dans la soirée, un peu d'apaisement des douleurs, qui, la nuit et le lendemain, reprirent leur intensité première.

4 août. — Nouveau lavage avec les mêmes précautions; 20 grammes seulement de solution ont pénétré et sont évacués brusquement. Dans une deuxième injection, quelques gouttes à peine franchissent le col et provoquent des épreintes douloureuses.

Dans la soirée, les mictions sont très douloureuses, beaucoup plus fréquentes et sanglantes; du pus se montre en abondance.

5-6 août. — La fréquence et la douleur continuent; le sang apparaît au moment de l'expulsion des dernières gouttes.

8 août. — Un peu d'amélioration à la suite d'un traitement émollient et de l'administration de 3 centigrammes de morphine par jour. Mais l'urine contient toujours beaucoup de pus; quelques mictions sont encore sanglantes.

La malade n'a plus été revue.

Obs. II. — M. Ch..., âgé de 23 ans, étudiant en médecine, sans blennorrhagie ni autre maladie antérieures, est atteint d'écoulement uréthral le 28 août 1887. Les symptômes furent d'emblée d'une acuité assez vive qui diminua bientôt à la suite d'un traitement sévèrement suivi, dans lequel les injections n'ont pas figuré; jamais, pendant toute cette période, M. C... n'eut d'envies fréquentes d'uriner. Au bout de trois semaines, après un léger excès de table, les symptômes reprirent leur acuité première; de plus, les mictions devinrent fréquentes, douloureuses; l'urine présenta bientôt un dépôt abondant.

La reprise du traitement émollient n'amène aucun changement à cet état, et les mictions se renouvelaient tous les trois quarts d'heure environ. M. Ch... voulut alors recourir à un lavage sans sonde de la vessie.

Le 22 septembre, il nettoya l'urèthre antérieur à l'aide de plusieurs injections d'une solution boriquée, faites à canal ouvert. Puis il introduisit une canule métallique allongée, adaptée à un siphon et communiquant avec un récipient placé à un mètre environ au-dessus de lui. Une certaine quantité de solution boriquée pénétra dans la vessie sans résistance et fut évacuée ; une deuxième injection fut poussée et rendue également avec facilité. Un peu de soulagement dans la soirée.

23 septembre. — Deuxième lavage. La résistance à la pénétration du liquide est un peu plus grande. Les mictions redeviennent fréquentes et plus douloureuses.

24 septembre. — Troisième lavage. La résistance est peu considérable; mais l'injection d'une petite quantité de liquide provoque un besoin violent d'uriner; de nouveau on tente de recommencer une injection vésicale, mais quelques gouttes de liquide qu ont pénétré sont rejetées immédiatement.

Aussitôt les douleurs deviennent plus fortes, les mictions se renouvellent toutes les dix minutes, et, deux heures après, le sang apparaît à la fin des mictions.

25 septembre. — Je vois le malade pour la première fois; les mictions se renouvellent toujours très fréquemment ; les urines sont mélangées de pus et d'une petite quantité de sang ; je constate en outre un gonflement léger de l'épididyme gauche. La prostate est un peu douloureuse. Des cataplasmes, des bains, des boissons délayantes, des lavements chauds opiacés constituent le traitement.

26 septembre. — L'épididymite a considérablement augmenté : six sangsues sur le trajet du cordon.

27 septembre. — Amélioration notable. Les mictions sont un peu moins douloureuses.

28 septembre au 2 octobre. — Amélioration de l'épididymite. La cystite a un peu diminué. Néanmoins le sang apparaît encore à la fin des mictions.

3 octobre. — Plus de mictions sanglantes.

7-15 octobre. — Amélioration notable. Le malade n'urine plus que toutes les heures et demie. Les urines sont encore un peu purulentes.

2 novembre. — Encore un peu de fréquence des mictions ; les urines sont claires; l'uréthrite a disparu. L'épididyme reste gros, mais non douloureux.

Obs. III. — M. Si..., âgé de 20 ans, étudiant en médecine, a eu divers accidents de nature strumeuse dans son enfance et quelques maladies aiguës ; plusieurs personnes de sa famille ont été et sont encore atteintes de tuberculose pulmonaire.

Il eut une première blennorrhagie à 18 ans, une seconde six mois après qui paraît avoir guéri complètement. Il y a trois mois (à la fin de juillet), il en contracta une troisième qui resta toujours subaiguë, mais résista aux traitements assez nombreux qui furent essayés. L'écoulement avait pourtant presque entièrement disparu quand, au milieu du mois d'octobre, il reprit un caractère aigu, à la suite soit d'injections, soit d'excès de fatigue. En même temps des symptômes de cystite se montrèrent pour la première fois, consistant en une certaine fréquence de besoins qui se renouvelaient toutes les heures et demie. Si... constate un dépôt purulent dans son urine.

Il fit alors le lavage de la vessie sans sonde après avoir nettoyé l'urèthre antérieur au moyen d'irrigations pratiquées à l'aide d'une sonde de petit calibre.

Les 21, 23 et 24 octobre, des lavages furent pratiqués à l'aide d'un appareil à siphon placé à un mètre environ au-dessus de la vessie et amenèrent une légère diminution dans la quantité de pus évacué ; la fréquence des mictions resta la même.

Le 25 octobre, l'injection du liquide rencontra une résistance un peu plus grande, puis, au bout de quelques secondes, le liquide pénétra tout à coup dans la vessie : le malade ressentit une douleur sourde au-dessus du pubis, puis évacua sans douleur les 100 grammes environ de solution boriquée qui avaient pénétré. Une heure et demie après, des besoins impérieux se firent sentir, souvent renouvelés, qui augmentèrent rapidement de fréquence et devinrent de plus en plus douloureux ; enfin, vers le soir, du sang apparut à la fin des mictions.

Du 25 au 28 octobre, l'état conserva la même gravité. Les besoins étaient presque incessants et même la nuit se renouvelaient toutes les 20 à 25 minutes, quelquefois beaucoup plus rapprochés.

Le 28 octobre, je vois le malade pour la première fois et je constate, outre les symptômes ci-dessus décrits, que l'urine contient une grande quantité de pus mélangé de sang ; la prostate et les testicules sont indemnes ; la température est normale. Une instillation de 15 gouttes d'une solution de nitrate d'argent à 1/50 est faite ; une douleur assez vive se manifeste, promptement calmée par une injection hypodermique de morphine. Pas de modifications des symptômes pendant la journée ; urines un peu moins purulentes.

29 octobre. — Deuxième instillation de 20 gouttes. Douleurs consécutives moins vives. Un peu de sang à la suite des premières mictions.

30 octobre. — Troisième instillation de 30 gouttes de la même solution. Douleur

©BIU Santé

légère. Amélioration sensible quatre à cinq heures après. Le malade peut rester trois quarts d'heure sans uriner.

2 novembre. — Quatrième instillation. Douleurs presque nulles. Aucun écoulement sanguin consécutif.

5 novembre. — Cinquième instillation. Grande amélioration. Plus de douleurs. Après les mictions, encore un peu de pus dans l'urine.

8 novembre. — Sixième instillation. Les mictions deviennent peu à peu normales; le malade n'urine plus que toutes les trois ou quatre heures.

Il est complètement guéri le 15 novembre.

Obs. IV. — Le nommé Ga..., âgé de 63 ans, ne présente aucun antécédent pathologique, et n'a jamais eu d'affection des voies urinaires. Depuis cinq ou six ans, il a des mictions un peu plus fréquentes et est obligé d'uriner plusieurs fois la nuit. Ce n'est que depuis un an qu'il urine plus souvent pendant le jour. Il y a six mois, il présenta, sans cause appréciable, des symptômes de cystite qui ne durèrent que quelques jours pour reparaître peu après; puis survint une incontinence nocturne, d'abord intermittente, puis continue, restant toutefois rare pendant le jour.

Depuis trois mois les urines sont un peu purulentes, les envies d'uriner deviennent plus fréquentes; néanmoins, l'état général est resté bon.

Le 18 septembre 1887, le médecin de la localité qu'habitait le malade procède à un lavage de la vessie en introduisant une sonde métallique. Ce cathétérisme, renouvelé le lendemain et le surlendemain, avait été l'occasion de douleurs assez vives pour que le malade y renonçât. Néanmoins, le dépôt purulent de l'urine avait diminué, et les mictions étaient un peu moins fréquentes.

Les douleurs reparaissent les jours suivants, et le malade accepte alors un lavage de la vessie sans sonde qui lui est proposé. Les renseignements que j'avais demandés sur le manuel opératoire ne m'ont pas été transmis. D'après la description du malade, il y a lieu de supposer que l'appareil employé a été un siphon plongeant dans un récipient suspendu au plafond et situé à un mètre environ au-dessus du lit du malade.

L'injection pénétra assez facilement, sans provoquer aucune douleur, mais immédiatement après un besoin violent d'uriner s'est fait sentir; la première miction fut peu douloureuse; mais les suivantes se renouvelèrent incessamment et devinrent de plus en plus pénibles. Vers le soir, du sang apparut avec les dernières gouttes.

Les mictions sont restées très fréquentes le lendemain, et un frisson prolongé a éclaté le matin; la fièvre, vive, persista pendant les jours suivants, l'appétit disparut immédiatement. Le malade fut alors transporté à Paris.

1er octobre. — Je constate l'état suivant : Les mictions sont très fréquentes ou plutôt il y a un écoulement presque permanent de l'urine accompagné de crises douloureuses pendant lesquelles quelques gouttes sont projetées au dehors; ces efforts amènent souvent l'issue des matières fécales. La prostate est modérément grosse; au-dessus d'elle, on sent par le rectum le globe vésical distendu. L'état général est mauvais; la température est de 39° le matin, 40° le soir; de petits frissons apparaissent de temps en temps. L'inappétence est absolue, la langue sèche. Une pression, exercée sur les régions rénales, est douloureuse.

Malgré la gravité de l'état général et la certitude d'une inflammation rénale et vésicale, il y avait lieu de pratiquer une évacuation méthodique d'une vessie distendue et incapable de se contracter. Une sonde molle pénètre facilement; 100 grammes environ d'urine furent évacués presque goutte à goutte et remplacés par une quantité égale de solution boriquée.

Cette manœuvre fut renouvelée trois fois dans les vingt-quatre heures; puis, les jours suivants, j'évacuai à chaque cathétérisme une quantité de plus en plus grande d'urine, en ayant soin de laisser toujours dans la vessie quelques grammes de solution boriquée. La cystite diminua peu à peu d'intensité, et, dès le 6 octobre, le sang avait disparu. Mais l'état général restait toujours alarmant; la température ne descendait pas au-dessous de 39°, malgré l'administration de 1 gr. 50 de sulfate de quinine et une médication générale rigoureusement suivie.

Enfin, à partir du 15 octobre, la vessie put être mise complètement à sec plusieurs fois par jour. Le dépôt purulent diminua et la fièvre tomba peu à peu. Mais, depuis lors, l'état général est resté mauvais; l'appétit n'est pas revenu; des accès de fièvre qui se montrent encore de temps en temps, une douleur sourde à la pression des régions rénales, indiquent l'existence d'une néphrite désormais acquise.

Quatre observations ne suffisent pas pour juger un procédé opératoire, et il est possible que j'aie été en face d'une série exceptionnellement malheureuse. Aussi, de l'étude de ces observations, je ne ferai ressortir qu'un fait. Dans des conditions opératoires identiques, avec un appareil disposé de même sorte, une pression toujours égale et sur un même sujet, les effets se sont montrés subitement très différents.

Dans les trois premiers cas, les premiers lavages ont été bien supportés et suivis de quelque soulagement; puis, sans cause appréciable, les sphincters uréthraux et vésicaux ont opposé une résistance contre laquelle a lutté pendant un certain temps une colonne liquide soumise à une pression, faible il est vrai, mais soutenue. Le sphincter a été vaincu, l'effet a été invariable; un redoublement de l'inflammation s'est manifesté au bout de quelques heures. Celle-ci a présenté aussi un caractère constant; elle s'est accompagnée d'une hématurie plus ou moins abondante, tantôt continue, plus souvent n'apparaissant qu'à la fin des mictions, c'est un signe qui appartient en propre aux cystites cervicales intenses.

Il est évident qu'il a eu, dans ces cas, une action traumatique qui a porté sur la portion profonde de l'urèthre et sur le col vésical. Il n'y a pas eu violence à proprement parler; car la force dépensée à tous les moments de l'injection a été rigoureusement égale à elle-même, puisqu'elle était produite par un appareil automatique. Mais cette pression, si faible qu'elle fût, constituait une force aveugle qui a agi toujours de même, quel qu'ait été l'état de contraction de l'appareil musculaire de l'urèthre et de la vessie. Avec ce système d'irrigation, rien n'indique à l'opérateur le degré de la résistance contre laquelle vient lutter la colonne liquide, et c'est à son insu que l'urèthre et la vessie peuvent être violentés. Au contraire, un appareil tel qu'une seringue fonctionnant bien transmet à une main exercée les plus petites différences de pression et permet de régler l'injection non pas d'après des données théoriques, mais d'après l'état physiologique de la vessie, qui varie à chaque instant.

Quel que soit l'avenir réservé au procédé de lavage de la vessie sans sonde, il est probable qu'il ne conviendra pas à tous les cas, aussi ai-je cru utile de faire connaître quelques échecs à côté des succès publiés; les indications et les contre-indications n'en seront que plus sûrement et plus rapidement fixées et déterminées.

Service de santé militaire: son recrutement et son organisation,

Par le docteur P. Bouloumié (1).

Pour remédier aux inconvénients que je signalais dans mon dernier article et modifier utilement l'examen destiné à reconnaître l'aptitude à l'avancement au choix et, par la suite, aux fonctions de médecin chef d'hôpital ou de division, ou de directeur du service de santé de corps d'armée, deux solutions me paraissent soutenables :

Soit : 1° Ne plus faire de l'examen pour le certificat d'aptitude un examen obliga-

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er et 22 décembre 1887.

toire; en relever le niveau en modifiant son programme et en adoptant le jury unique; mais alors c'est, à peu de chose près, le retour au concours des hôpitaux, qu'on a cru devoir supprimer pour les raisons que j'ai indiquées, avec cette différence cependant que ce serait là un examen et non un concours, et que cet examen donnerait accès à un grade et non à une fonction.

Soit : 2° Maintenir l'obligation de l'examen pour l'obtention du certificat d'aptitude, mais en en changeant le nom, et ne faire passer au choix que ceux qui l'auraient subi avec succès; et créer un examen facultatif, mais indispensable pour arriver aux grades supérieurs à celui de médecin-major de 1re classe.

Cette adoption d'un double examen a déjà été proposée par mon ancien camarade et ami le docteur Lereboullet dans une lettre au *Progrès militaire;* mais il faudrait, à mon sens, que le premier examen, celui qui serait obligatoire, fût subi, non comme il l'est actuellement, par les médecins-majors, mais bien par les aides-majors de 1re classe ayant déjà trois ans de grade, et que l'avancement au choix pour les grades de médecin-major de 2e et de 1re classe fût exclusivement réservé à ceux qui l'auraient subi avec succès; quant à ceux qui auraient échoué, ils seraient, autant que possible, maintenus en sous-ordre, afin qu'ils n'aient pas la direction d'un service d'hôpital jusqu'à ce qu'ils aient fourni, en subissant le deuxième examen, la preuve qu'ils se sont remis par le travail à la hauteur de toutes les fonctions qui peuvent leur être confiées.

C'est à cette dernière solution que je donnerais la préférence.

Ce qu'il faut éviter avant tout, aussi bien dans l'intérêt du pays que dans l'intérêt du corps de santé, c'est le nivellement par abaissement dont on a tant parlé, bien qu'on n'ait pu sans passion supposer qu'il soit l'objectif de ceux qui ont charge d'assurer à l'armée un bon service médico-chirurgical et de veiller aux intérêts de leurs collègues.

Ce qu'il faut favoriser avant tout, c'est le développement scientifique et pratique de nos médecins militaires, et, pour cela, il faut que l'avancement soit proportionnel aux mérites constatés de chacun, et que, dans les notes données aux examens, le coefficient scientifique soit notablement supérieur à tous les autres; mais il ne faut pas que, dans l'instruction scientifique et pratique du médecin militaire, les connaissances administratives soient négligées et qu'elles soient cotées trop bas, ce serait reconnaître ou laisser croire que l'administration est considérée comme indigne d'occuper le médecin travailleur, et, comme elle est indispensable à la bonne organisation et à la marche régulière du service, qu'elle doit être remise dans les mains de l'Intendance, ce qui ne saurait entrer dans l'esprit de personne. Hygiène et prophylaxie se tiennent et nécessitent des mesures administratives que le savant a toujours su provoquer ou prescrire sans déroger.

Le médecin militaire qui a dans ses attributions la médecine collective autant que la médecine individuelle et la direction des services sanitaires, doit aujourd'hui, bien plus encore qu'autrefois, posséder des connaissances administratives étendues et précises.

En résumé, le moyen que je proposerais serait le suivant :

1° Créer un premier examen qu'on appellerait *examen du majorat;* rendre cet examen *obligatoire* pour tous les aides-majors de 1re classe après trois ans de grade (sauf les cas de force majeure, — campagnes lointaines), en faire la base et la condition du classement pour la nomination au choix au grade de médecin-major de 2e classe. Cet examen serait l'analogue de l'examen actuel pour le certificat d'aptitude, mais on en élèverait le niveau.

2° Créer un deuxième examen, qu'on appellerait *examen du principalat.* Cet examen serait *facultatif;* il serait subi par tous les médecins-majors de 1re classe, ayant deux ans de grade, aspirant à être classés pour les grades supérieurs.

Passé avec succès, il donnerait droit au classement et à l'avancement.

Nul ne pourrait arriver au grade de principal sans avoir subi avec succès l'examen du principalat, à moins de nécessité absolue imposée par les besoins du service, et dans le cas seulement où la liste de classement serait épuisée.

3° Etablir des coefficients proportionnels à l'importance des matières faisant l'objet des examens, en tenant le plus grand compte, d'une part, de la valeur scientifique et

pratique des candidats, des titres qu'ils ont su acquérir par leurs travaux, et, d'autre part, des services militaires et des aptitudes professionnelles constatées à l'occasion de ces services.

4° Faire subir les épreuves devant un *jury unique,* ou tout au moins devant un jury *uniforme* dans les cas où des questions budgétaires, ou des questions de service empêcheraient d'adopter le jury unique, qui est incontestablement celui qui offrirait le plus de garanties.

Le *jury unique* serait composé, pour l'*examen du principalat*, d'un médecin-inspecteur président, de deux médecins principaux professeurs au Val-de-Grâce et de deux médecins principaux du gouvernement de Paris; pour l'*examen du majorat*, d'un médecin-inspecteur président, d'un membre du corps enseignant du Val-de-Grâce, de deux médecins principaux ou majors du gouvernement de Paris.

Il siégerait à Paris où seraient appelés les candidats à l'époque où leur présence au corps est le moins indispensable.

Le *jury uniforme* serait composé d'un médecin-inspecteur et d'un membre du corps enseignant du Val-de-Grâce. auxquels s'adjoindraient dans chaque région le directeur du service de santé du corps d'armée et un médecin principal de la région. Il tiendrait ses séances successivement dans tous les chefs-lieux de corps d'armée.

Dans le cas où des questions budgétaires ou autres empêcheraient l'organisation de ce jury, on pourrait encore faciliter les opérations en même temps qu'assurer des résultats comparables et plus exacts qu'ils ne le sont aujourd'hui, en adoptant la mesure suivante : Une même composition écrite serait donnée le même jour, à la même heure, à tous les candidats réunis dans chaque région au siège du commandement de corps d'armée. La composition serait envoyée à une commission d'examen siégeant à Paris, et qui constituerait un jury unique chargé d'apprécier et de coter l'épreuve écrite en même temps que les titres scientifiques et autres. Les épreuves orales et pratiques seraient seules subies devant un jury régional qui enverrait ses notes à la commission d'examen siégeant à Paris; celle-ci pourrait dès lors établir un classement dans de bonnes conditions d'exactitude et d'impartialité.

Le *jury uniforme* me paraîtrait suffisant pour l'examen du majorat, mais le jury unique, réunissant à Paris tous les candidats pour y subir simultanément les épreuves, me paraît nécessaire pour l'examen du principalat.

7° Il faudrait modifier le décret du 24 avril 1886, qui ne permet de proposer pour le grade supérieur qu'après un temps d'ancienneté variable, que le ministre détermine chaque année suivant les prévisions de vacances, et qui établit la sélection dans le choix, non par les titres et les notes des candidats à l'avancement, mais par leur ancienneté.

Les mesures imposées par ce décret, qui a peut-être son utilité dans l'infanterie et les autres armes, ce que j'ignore, sont très nuisibles pour le corps de santé, parce que, dans les commissions régionales qui établissent les listes, l'élément médical est noyé dans l'élément militaire, et que dans la commission supérieure il n'est même pas représenté. Il arrive, dès lors, qu'à moins qu'il n'ait notoirement démérité, tout médecin porté au choix est classé, quelle que soit sa valeur scientifique absolue ou relative, d'après son ancienneté dans le grade, seul élément sur lequel la commission supérieure puisse établir ses appréciations, et que tel médecin travailleur et savant, mais encore jeune, est à peu près forcément relégué à la fin de la liste de choix.

Même avec les tempéraments apportés par le décret du 27 août 1887, qui autorise les commissions régionales à classer par préférence et non par ancienneté (ce qui rapproche l'examen d'un concours), la situation ne peut être sensiblement modifiée, parce que la commission supérieure formée par les généraux commandants de corps d'armée et quelques autres officiers généraux, dont aucun médecin, n'aura pas d'autre critérium que l'ancienneté ou les relations pour fixer son choix entre les médecins admis avec le même rang dans les diverses régions de corps d'armée.

Il faut, pour que le choix soit établi judicieusement et équitablement, qu'il soit fait par une commission spéciale compétente, c'est-à-dire par une commission médicale, concentrant tous les renseignements nécessaires. (*A suivre.*)

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Arloing et Abbadie, récemment élus correspondants de l'Académie (3e division).

2° Une lettre de M. le docteur Cyr, qui sollicite le titre de correspondant national (1re division).

3° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Henry Collin fils, médecin consultant à Saint-Honoré (Nièvre). (Accepté.)

4° Une lettre de candidature de M. le docteur Gabriel Pouchet pour la section de physique et de chimie.

5° Une note sur la pathogénie et le traitement du furoncle et de l'anthrax.

M. Brouardel présente : 1° le rapport qu'il a fait, au nom de la sous-commission technique et d'hygiène, à la commission extra-parlementaire des alcools. — 2° une brochure intitulée : *L'eau potable à Vienne et la fièvre typhoïde*, par M. Mosny, interne des hôpitaux de Paris. M. Brouardel demande que, à l'exemple de Vienne, qui s'est débarrassé de la fièvre typhoïde, par la captation de sources d'eau potable, Paris s'efforce d'obtenir, par le même moyen, le même résultat.

M. Charcot présente : 1° trois volumes en langue russe, par M. le professeur Münch, de l'Université de Kief, sur la *lèpre* et le *vitiligo;* — 2° une brochure de M. le docteur J. Sudakewitch, sur l'*anatomie pathologique de la lèpre*; — 3° une brochure de M. le docteur E. Rolland, médecin des asiles « John Bost » *de la Force* (Dordogne), intitulée : *De l'épilepsie jacksonienne.*

M. Gavarret présente, au nom de M. le professeur Henri Leloir (de Lille), un travail intitulée : *De l'enseignement de la dermatologie et de la syphiliographie dans les Universités allemandes.*

M. Gabriel Pouchet lit un travail intitulé : *Etude sur des combinaisons des phénols mono-atomiques avec le mercure et le calomel, et sur leur emploi en thérapeutique.*

Ce travail est renvoyé à la section de physique et de chimie.

M. Dujardin-Beaumetz présente, de la part de M. le docteur V. Galippe, une note intitulée : *Application du chlorure de méthyle liquéfié comme anesthésique local.*

Il résulte d'une note déposée le 27 mars 1886 sur le bureau de la Société de biologie, par le docteur Galippe, que le chlorure de méthyle liquéfié en solution dans l'éther ou non, appliqué à l'aide d'un pinceau, d'un petit tampon d'ouate ou d'un compte-gouttes, produit de l'anesthésie locale. Une semblable solution donne au début une température de — 56° C. et dans un milieu de 13° C. ne revient à 0° qu'après deux heures et demie, même placée dans un simple verre à expériences.

On a pu, à l'aide de ce procédé, débrider le méat urinaire, ouvrir des abcès, inciser la peau, sans que les patients ressentissent aucune douleur. C'est surtout aux opérations qui se pratiquent sur la bouche, et en particulier aux extractions dentaires que M. Galippe a appliqué ce procédé.

L'application du chlorure de méthyle liquéfié arrête facilement les hémorrhagies consécutives à ces diverses opérations (extraction, ouverture d'abcès, excision de la muqueuse gingivale ou des tumeurs de la gencive).

L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division).

Classement des candidats : En première ligne, M. Pitres, à Bordeaux ; en deuxième ligne, M. Wannebroucq, à Lille ; en troisième ligne *ex æquo* et par lettre alphabétique,

M. Leloir, à Lille, M. Mordret, au Mans ; en quatrième ligne *ex æquo* et par lettre alphabétique, M. Chedevergne, à Poitiers, M. Lépine, à Lyon.

MM. Pitres et Wannebroucq sont élus.

— M. Léon Labbé demande à dire quelques mots à propos de la communication de M. Verneuil, sur le traitement du furoncle et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées.

M. Léon Labbé croit devoir insister, après MM. Léon Le Fort, Hardy, Trélat et Marc Sée, sur l'utilité et la nécessité de l'intervention chirurgicale dans certains cas particuliers d'anthrax.

Avec MM. Richet, Alphonse Guérin, Polaillon, etc., M. Léon Labbé pense que le bistouri est parfois le seul moyen réellement efficace d'arrêter le développement de certains anthrax, en particulier de l'anthrax dit *ligneux*, à cause de la dureté toute particulière de la tumeur, qui a le plus ordinairement pour siège la région de la nuque. Parfois, comme le disait Broca, les incisions sont insuffisantes, et c'est la tumeur dans sa totalité qu'il faudrait pouvoir extirper.

Sans doute, les pulvérisations phéniquées sont un bon moyen, elles sont utiles même dans les cas où l'intervention chirurgicale est absolument nécessaire ; mais ce moyen ne peut être applicable à tous les cas.

Il faut que les médecins qui constituent, dans cette affection, les juges de première instance, soient convaincus de cette vérité, afin que, au lieu de s'endormir dans une fausse sécurité, ils sachent faire appeler à temps leurs collègues de la chirurgie.

En ce qui concerne l'origine microbienne de cette affection, M. Léon Labbé pense qu'elle ne saurait être l'objet d'un doute et qu'aujourd'hui la question doit être considérée comme entièrement jugée.

M. Verneuil demande à M. Léon Labbé, comme il l'a fait à M. Marc Sée, de vouloir bien d'abord essayer la méthode des pulvérisations phéniquées avant de la juger.

Les preuves de l'efficacité de la méthode ne cessent de se multiplier, et, il y trois jours encore, sur un malade atteint d'anthrax gangréneux très étendu, avec une température de 39° c., les pulvérisations phéniquées ont fait, dès les premiers jours, tomber complètement la fièvre et amené la résolution rapide de la tumeur.

N'est-il pas logique d'employer d'abord les moyens de douceur avant d'en venir à l'*ultima ratio*, le bistouri ?

— L'ordre du jour appelle la discussion sur la prophylaxie de la syphilis :

Personne ne demandant la parole à propos de la discussion générale, M. le Président croit pouvoir interpréter ce silence comme un hommage éloquent rendu par l'Académie au travail si complet et si consciencieux de la commission dont M. Alfred Fournier est le rapporteur. (Applaudissements.)

M. le Président invite M. Alfred Fournier à monter à la tribune pour donner lecture des conclusions du rapport de la commission.

M. Alfred Fournier donne lecture des trois premières conclusions qui sont successivement mises aux voix et adoptées sans discussion. (Voir le numéro du jeudi 2 février.)

Il donne ensuite lecture de la quatrième conclusion ainsi conçue :

L'Académie déclare que, au nom de la santé publique, non moins que de la morale publique, ces divers ordres de provocation constituent un *délit* qui doit être réprimé légalement. Elle réclame donc une *loi* définissant le délit de provocation publique et et en confiant la répression à qui de droit. Une discussion s'engage au sujet de cette conclusion, elle dégénère bientôt en discussion générale.

M. Lagneau pense, comme M. le rapporteur, qu'il est utile de substituer la loi à l'arbitraire, la magistrature à une commission administrative pour statuer sur l'inscription, comme prostituées astreintes aux visites sanitaires, des filles accusées du délit de provocation dans la rue. Mais cette assimilation paraît-elle possible aux jurisconsultes ? Et si la provocation, légalement, constitue un délit, la transmission à autrui des maladies vénériennes, en particulier de la syphilis, à bien plus forte raison, doit tomber sous le coup de la loi. Les articles 459, 460 et 461 du code pénal punissent celui qui laisse com-

BIU Santé

muniquer avec d'autres les animaux affectés de maladies contagieuses. Mais la fille publique peut impunément infecter nos lycéens, le débauché peut impunément infecter la jeune fille qu'il séduit. Les humains sont donc moins protégés que les animaux contre les maladies contagieuses.

M. Dujardin-Beaumetz croit devoir présenter une observation qui s'applique à l'ensemble des conclusions du rapport de la commission. Dans les différentes propositions qui constituent ces conclusions, il y en a qui sont immédiatement applicables, il y en a d'autres qui ne pourront l'être que dans un temps plus ou moins éloigné. Parmi les mesures proposées, il en est qui sont justiciables du préfet de police et peuvent être édictées par voie administrative; d'autres, au contraire, auront besoin de la sanction législative. M. Dujardin-Beaumetz pense donc qu'il y aurait lieu de recourir à des mesures transitoires. Ainsi, par exemple, on demande la suppression de la prison de Saint-Lazare; or, cette suppression exigera du temps, car il faudra la transporter ailleurs; mais il y a à Saint-Lazare un hôpital, distinct de la prison et que l'on pourrait utiliser immédiatement.

M. Brouardel estime que l'Académie entre dans une voie au bout de laquelle elle doit se heurter à une impasse. On prétend substituer le règne de la loi au régime administratif. Mais quel est le législateur qui pourra définir exactement le délit de provocation? Où commence la provocation? Est-ce dans le coup d'œil lancé par la femme ou la fille au passant dans la rue, ou bien est-ce dans l'accrochage? Comment le tribunal pourra-t-il prononcer? Sur quels témoignages et sur quelles preuves? Et quel est celui qui voudra consentir à témoigner de la provocation?

Ainsi, malgré les meilleures intentions du monde, la commission, d'après M. Brouardel, n'aboutirait à rien de moins qu'à l'impunité absolue de la provocation dans la rue, c'est-à-dire à l'inverse du but cherché à atteindre. Donc, tout en étant d'accord avec la commission sur le fond de la question, M. Brouardel diffère d'elle sur le moyen à employer pour réaliser ce que tout le monde désire, à savoir : la répression de la provocation dans la rue. Suivant lui, jamais un tribunaul ne voudra décider du délit de provocation, ni surtout condamner la délinquante à une punition immorale, l'*inscription*.

En conséquence, M. Brouardel demande le renvoi à la commission de toutes les propositions concernant la substitution de la juridiction d'un *tribunal* à la juridiction administrative.

M. Léon Le Fort déclare que les propositions critiquées par M. Brouardel ont été introduites dans le rapport de la commission, à l'imitation de ce qui a été fait en Angleterre, il y a un certain nombre d'années. Devant le nombre toujours croissant des maladies vénériennes ou syphilitiques qui infectaient son armée de terre et de mer, l'Angleterre sentit la nécessité d'opposer un frein à ce débordement de maladies contagieuses. Mais, au lieu de recourir, comme chez nous, à l'arbitraire administratif, c'est-à-dire à la police, qui, en France, décide, dans ces questions, en maîtresse souveraine, il fut ordonné que, lorsqu'une fille serait dénoncée à la police comme exerçant la prostitution commune, elle comparaîtrait devant un tribunal où s'établirait un débat contradictoire entre elle et l'agent qui l'aurait arrêtée, la femme étant admise à se défendre de son mieux, et la police étant tenue de fournir des preuves et des témoins à l'appui de la mesure d'arrestation. Si elle était reconnue coupable, la femme était condamnée à l'*inscription* comme étant un danger pour la santé publique. Cette loi a été longtemps appliquée et a donné en Angleterre d'excellents résultats. Elle n'a disparu que devant la ligue des *clergyman* et des dames dont la pruderie ne pouvait tolérer qu'une institution aussi immorale que la prostitution fût reconnue officiellement.

La loi anglaise avait, en outre de ses deux avantages, celui de supprimer, dans les choses de la prostitution, l'impédiment de l'autorité paternelle dont la loi française n'a pas su se débarrasser et qui est une source d'inconvénients sérieux.

En résumé, dit M. Léon Le Fort, entre deux maux il faut choisir le moindre et, à l'arbitraire administratif, il est préférable de substituer l'intervention d'un tribunal.

M. Lagneau pense que, sans édicter une loi nouvelle, chose difficile, on pourrait appli-

quer à la répression du délit de provocation, des lois déjà existantes. Ainsi, les prostituées qui écrivent à de jeunes lycéens pour leur donner des rendez-vous pourraient être poursuivies et punies en vertu de la loi qui atteint les individus qui excitent des mineurs à la débauche.

D'autre part, un grand nombre de prostituées, étant mineures, pourraient être assimilées aux enfants moralement abandonnés et soustraites à l'autorité paternelle.

M. Alfred Fournier ne consent pas à accorder à M. Brouardel qu'il est d'accord avec la commission sur le fond du débat. Au contraire, l'opposition entre elle et lui est aussi complète que possible. En effet, la commission a voulu réagir contre les abus intolérables du régime administratif, et faire rentrer la prostitution dans le droit commun en substituant l'autorité d'un tribunal à l'arbitraire de la police, tandis que M. Brouardel voudrait nous faire retomber dans l'ancien système aujourd'hui condamné par l'opinion.

M. Brouardel répond qu'il est d'accord avec la commission et son rapporteur sur le fond de la question qui consiste à rechercher le meilleur moyen de rendre le moins dangereux possible l'exercice de la prostitution. Il ne diffère d'elle que sur l'emploi du moyen, La création d'un tribunal lui semble mauvaise parce qu'elle entravera l'intervention de la police et conduira fatalement à la liberté absolue de la prostitution, que l'on veut éviter. M. Brouardel demande encore une fois que l'article du rapport soit renvoyé à la commission et que celle-ci veuille bien s'adjoindre un jurisconsulte qui l'aidera dans la future rédaction de cet article, mis en conformité avec la jurisprudence actuelle.

Après une discussion assez confuse sur la question du renvoi de l'article à la commission et de l'adjonction ou de la non-adjonction d'un jurisconsulte à cette dernière, — discussion à laquelle prennent part MM. Léon Le Fort, Hardy, Vidal, Le Roy de Méricourt, Brouardel, Laborde, Besnier, Larrey, Legouest, Hérard, Bergeron et M. le rapporteur, — l'Académie vote le renvoi à la commission des articles 4, 5, 6 et 7 du rapport.

La discussion continuera mardi prochain.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Epithème contre la pustule maligne. — Boméi.

On couvre la pustule maligne d'un emplâtre de poix de Bourgogne, saupoudré de bichlorure de mercure, et de dimensions telles qu'il déborde un peu les limites du cercle des vésicules. Au bout de vingt-quatre heures, le bi-chlorure a agi tout à la fois comme parasiticide et comme caustique. Il a détruit les microbes du charbon, et en même temps il a produit une eschare, qui englobe tous les tissus charbonneux. Il provoque moins de douleurs que la cautérisation ignée, et laisse des cicatrices bien moins apparentes. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Venin des serpents. — D'après *The med. Rec.* du 7 janvier 1888, le docteur Yarrow confirme l'assertion du docteur Josso (de Nantes) que le jaborandi est décidément un antidote du venin des serpents.

Cow-pox. — Le professeur Crookshank, dit le *Med. Rec.* du 7 janvier 1888, vient de découvrir en Angleterre une épidémie de cow-pox. C'est un fait intéressant dont il faut espérer que le savant professeur a su ou saura tirer parti au point de vue de la vaccine.

R.

Nouveau règlement concernant l'avancement des médecins militaires austro-hongrois. Les médecins consultants de l'armée. — Une circulaire ordonnance, en date du 29 décembre

©BIU Santé

1887, règle définitivement l'avancement des médecins militaires autrichiens dans des conditions tout à fait semblables à celles des autres officiers de l'armée.

Ce nouveau règlement au dire de l'*All. Wiener med. Zeitung* du 10 janvier dernier, n'apporte que peu de modifications essentielles au règlement de 1870. Il donne la consécration officielle à certains usages qui avaient autrefois un caractère extraordinaire. Quant à la nomination des médecins consultants, elle est définitivement établie par l'article 21 ainsi conçu :

« En cas de mobilisation, les plus éminents médecins civils (par exemple les professeurs des Facultés, les opérateurs célèbres), qui ne font partie ni de la réserve ni de la landvehr et qui auront, par une déclaration préalable, manifesté le désir de servir dans l'armée active, seront reçus pour la durée de la guerre, comme médecins consultants (consiliararzte) avec le grade de médecins du grand état major (chargengrad vom stabarzte aufwærts).

Le journal viennois rappelle à ce sujet que Dumreicher avait reçu pendant la guerre de 1866, le grade de generalstabarzte ; Billroth devait en cas de guerre avoir le même grade et d'autres professeurs de chirurgie un grade moins élevé. — Ch. S.

COURRIER

Société de médecine légale. — Séance du lundi 13 février 1888, à quatre heures, au Palais de Justice, salle des Référés. — *Ordre du jour :*

1. Lecture du procès-verbal de la séance du 9 janvier 1888.

2. Election de 4 membres titulaires présentés par la commission dans l'ordre suivant : 1° M. le docteur Gilles de la Tourette ; 2° M. le docteur Valude ; 3° M. Constant, avocat ; 4° M. le docteur Moreau de Tours ; 5° M. le docteur Valon ; 6° M. le docteur Floquet ; 7° M. Bogelot, avocat.

3. Election de cinq membres correspondants présentés par la commission : 1° M. le docteur Lécuyer (Cour d'Amiens) ; 2° M. le docteur Hurpy (Cour de Rouen) ; 3° M. le docteur Régis (Cour de Bordeaux) ; 4° M. Fusier, avocat (Cour de Chambéry) ; 5° M. Lacour, pharmacien (Oran).

4. M. le docteur Laugier : Observation d'une rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. — Poursuites contre le médecin accoucheur. Rapport médico-légal. — Non lieu.

5. M. le docteur Christian : Communication d'un travail de M. le docteur Mabille, vols multiples avec amnésie chez une hystérique héréditaire.

6° Communications diverses.

Hospice de la Salpétrière. — Le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et nerveuses, le dimanche 12 février, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les dimanches suivants, à la même heure.

Société de médecine de Paris. — Séance du 11 février 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Rémy : Hernie du cœcum. — 2. M. Deligny : Un cas d'urticaire pigmentée. — 3. M. Apostoli : Traitement électrique de la salpyngite. — 4. Communications diverses.

— Mme Carles, garde-malades, soigne les opérés et les dames en couches, 44, rue du Rocher.

LIQUEUR DE LAPRADE, à l'albuminate de fer. Son assimilation facile et ses effets rapides en justifient le succès dans la thérapeutique gynécologique.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. Bulletin. — II. P. Bouloumié : Service de santé militaire : son recrutement et son organisation. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

La discussion sur le traitement de l'anthrax, à l'Académie de médecine, est entrée dans une nouvelle phase. Après la communication de M. Verneuil, la déclaration des partisans des méthodes de douceur aurait pu faire croire que les grandes incisions étaient bannies de cette partie de la thérapeutique chirurgicale; mais, dans les séances suivantes, les partisans des incisions, représentés par MM. Marc Sée et Léon Labbé, sont revenus à la rescousse. Ces honorables académiciens se sont efforcés de démontrer que les pulvérisations phéniquées ne sauraient atteindre les microbes au sein des anthrax durs et volumineux, et que par suite il fallait au moins réserver le bistouri contre ces formes graves du mal, Mais que peuvent les raisons *a priori*, si bonnes soient-elles, contre un fait clinique? M. Verneuil a démontré que les pulvérisations pouvaient avoir rapidement raison d'anthrax de douze centimètres de large, avec phénomènes généraux graves; on aura beau dire que cela ne doit pas être, on n'empêchera pas que cela soit; les microbes sont bel et bien détruits et le malade guéri, quelque compacts et ligneux que soient les tissus de l'anthrax.

Au surplus, les incisions ne sont pas en cause; tout vrai chirurgien doit avoir son opinion faite sur les avantages, l'utilité, l'efficacité et les inconvénients de l'incision dans le traitement de l'anthrax; ce n'est donc pas de cela qu'a voulu parler M. Verneuil, mais d'un mode de traitement aussi efficace, moins douloureux puisqu'il ne l'est pas, pouvant être mis en pratique par tout le monde, et, après avoir exposé les résultats obtenus, il a dit à ses collègues : essayez-en. M. le professeur Hardy, tout aussi incré-

FEUILLETON

CAUSERIE

Craintes à propos de la destruction des lapins par le choléra des poules. — La maladie du Kronpriz : *nouvelles hypothèses. — Le boulet de canon en thérapeutique.*

J'ai reçu, à propos de la destruction des lapins de Reims par le choléra des poules, une lettre éplorée d'un Champenois, malheureusement anonyme, qui me fait part de ses craintes et de celles d'un certain nombre de ses compatriotes.

« M. Pasteur, m'écrit mon spirituel correspondant, nous dit bien qu'il n'y a aucun danger de voir la maladie qu'il a communiquée aux lapins de Mme Pommery se communiquer aux animaux domestiques; soit, mais les microbes n'agissent pas seulement sur ceux qui les mangent, ils peuvent aussi agir sur ceux qui respirent dans leur voisinage, et n'y a-t-il aucun danger pour l'homme? Je n'irai pas jusqu'à dire que la contagion est plus à craindre pour nous autres Champenois que pour le reste des Français, parce qu'un vieux proverbe prétend que 99 moutons et 1 Champenois font 100 bêtes, mais enfin il suffit que le genre *Homo*, dont fait partie tout Champenois, soit exposé au choléra des poules pour qu'on puisse redouter chez nous les pernicieux effets de la belle expérience de M. Pasteur. Qu'en dites-vous? N'aurait-il pas été bon de détruire ensuite les cadavres des lapins morts du choléra des poules? »

BIU Santé

dule que bien d'autres sur les idées théoriques de M. Verneuil, mais confiant dans les résultats annoncés, a suivi son conseil, presque contraint par la nécessité, et a obtenu les mêmes bons résultats dans un cas grave. « Que tous mes contradicteurs fassent de même. demande M. Verneuil, et nous discuterons ensuite sur des faits comparables. » Il est bien évident que, si l'on veut éclaircir ce point, il faut laisser la question sur le terrain circonscrit où l'a placée M. Verneuil : « Traitement des furoncles et des anthrax par les pulvérisations antiseptiques. »

La discussion sur le projet de prophylaxie publique de la syphilis, élaboré par une commission et rédigé par M. Alf. Fournier, s'est arrêtée dès le début, à propos de la qualification qu'il faut donner à la provocation à la débauche, Est-ce un délit ou une contravention ? Qui en connaîtra et en jugera ? sera-ce le tribunal correctionnel de simple police, ou un tribunal spécial ? Autant de questions au sujet desquelles plusieurs membres de l'Académie ont pensé que celle-ci était incompétente ou insuffisamment renseignée, et ont demandé le renvoi à la commission, qui devra consulter des hommes compétents avant de rédiger de nouveaux articles?

Mais, a demandé M. Brouardel, convient-il bien que l'Académie demande de substituer aux mesures administratives des mesures qui ressortissent à l'ordre judiciaire? Il y a quelques semaines, dans la discussion sur le surmenage intellectuel, M. Trélat a fait remarquer avec juste raison que l'Académie devait se bsrner à indiquer les dangers de la situation actuelle au point de vue médical, et laisser à qui de droit le soin de réformer les programmes d'enseignement; la même remarque ne peut-elle s'appliquer, en ce qui concerne l'ordre judiciaire, à la question pendante? Tout ce qui a trait à l'examen, à l'hospitalisation et au traitement des prostituées, au recrutement des médecins, à la prophylaxie des soldats et des marins, des nourrices et des nourrissons, rentre assurément dans la compétence de l'Académie; mais pour la juridiction, n'y a-t-il plus à Paris de législateurs et de jurisconsultes?

On lira avec intérêt, dans notre compte rendu de l'Académie de médecine,

---

Mon Dieu, j'en dis.... que je n'en sais rien. Mais la même crainte a déjà été exprimée par d'autres; j'entendais lundi dernier M. Milne-Edwards interroger à ce sujet M. Verneuil dans la salle des Pas-Perdus de l'Académie des sciences, et les deux savants académiciens avaient un air réfléchi et sérieux qui aurait pu intimider tout autre qu'un médecin.

Ce ne sont pas seulement les lapins qu'il faudrait détruire, disait M. Milne-Edwards; il y a bien d'autres parasites macrobes qui sont de véritables fléaux. Tenez, au Muséum, ce que les rats font de ravages, c'est incroyable ! ils mangent la nourriture des animaux, et il faut presque surveiller ceux-ci pendant les repas, et chasser les rats, pour qu'ils puissent manger. Les rats font même mieux; ils sont tellement voraces et probablement affamés, que lorsqu'un de nos petits animaux est malade, affaibli et commence à dépérir, ils l'attaquent, le tuent et le dévorent ! Pourrait-on se débarrasser de cette engeance par le choléra des poules? Je ne sais, mais je n'oserais l'essayer, crainte de conséquences graves pour notre espèce. Et les chiens et chats qui peuvent manger les lapins cholériques, sont-ils à l'abri de la contagion?

— Ce que vous me dites des rats, répondit M. Verneuil, notre confrère M. Hébert me le disait tout à l'heure des souris; dans sa maison même, se trouvent les magasins d'un papetier dont les marchandises sont la proie d'une nombreuse colonie de souris qui, installée là comme dans un fromage de Hollande, y vit et prospère au grand désespoir du papetier. Evidemment, on ne peut les détruire qu'en bloc, en créant une épidémie dans le genre de celle des lapins de Reims, mais on n'ose pas arroser les papiers de

les résultats remarquables obtenus par M. Panas par le lavage de la chambre antérieure de l'œil avec une solution antiseptique dans le traitement de la cataracte ; — par divers médecins et chirurgiens, à l'aide de l'anesthésie locale par le chlorure de méthyle, d'après la méthode de M. Bailly ; cette question a été aussi discutée à la Société de biologie samedi dernier à la suite d'une communication de M. Galippe.) Enfin une étude de M. Pouchet sur les combinaisons des phénols mono-atomiques avec le mercure et le calomel et sur leur emploi en injections interstitielles.

A l'Académie des sciences, réclamation de priorité par M. Chauveau, qui a rappelé qu'en 1879 il avait démontré le mécanisme de l'immunité charbonneuse par le passage de la partie soluble du virus dans le sang ; il est revenu sur ce sujet en 1884. MM. Roux et Chamberland ont repris récemment cette question, sans mentionner les travaux de M. Chauveau et sont arrivés aux mêmes conclusions ; ils ont complété toutefois la démonstration de leur éminent devancier en prouvant que les sujets devenaient réfractaires, par l'inoculation préventive à l'action du vibrion septique, alors que M. Chauveau n'avait fait ses recherches qu'avec des liquides virulents débarrassés par la filtration de ce vibrion.

— Une simple énumération des communications faites à la Société de biologie pendant la dernière quinzaine, suffit à montrer l'activité de cette savante société : sur la toxicité de l'air expiré, et la ressemblance entre l'action toxique de certaines ptomaïnes et celle du poison pulmonaire, par MM. Brown-Séquard, d'Arsonval, Dastre ; — les phénomènes chimiques de la respiration dans le tétanos électrique, par MM. Henriot et Ch. Richet ; — les variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de sa réduction dans la fièvre typhoïde, par MM. Hénocque et G. Baudoin ; — le nystagmus expérimental, par M. Beaunis ; — la greffe de peau de poulet dans le traitement des ulcères chroniques, par M. Redard ; — les contractures chez les épileptiques. par M. G. Lemoine ; — la glycosurie expérimentale à la suite des lésions du nerf vague, etc. — L. H. Petit.

---

culture du choléra, ni disperser parmi les ballots des aliments assaisonnés de la même façon.

Pourtant, ajoutait M. Verneuil, il y aurait peut-être un autre moyen à essayer, c'est la tuberculose. Mon ami Cazin (de Berck) m'a raconté autrefois un fait très curieux à ce sujet. Les cataplasmes qui servaient à panser les pauvres petits scrofuleux et tuberculeux de son hôpital étaient jetés dans un coin du jardin, au même endroit, et non enfouis, parce qu'ils étaient presque immédiatement dévorés par les rats, très friands, paraît-il, de farine de graine de lin. Or, un beau jour les internes de l'hôpital s'amusèrent à chasser les rats, en prirent ou en tuèrent un certain nombre, et furent tout étonnés de leur trouver le cou énorme. Un examen plus attentif leur montra que ce volume anormal du cou était dû à des hypertrophies ganglionnaires à divers degrés de développement ; chez les uns, les ganglions étaient durs, chez d'autres ils formaient des abcès, ouverts ou non ; bref, ils trouvèrent les lésions de la tuberculose non seulement dans les ganglions, mais dans les autres organes. Ces rats étaient donc devenus tuberculeux par ingestion de produits tuberculeux et, d'après l'étendue des altérations, étaient destinés à mourir plus ou moins promptement. Ne pourrait-on donc essayer de nourrir les rats du Muséum et les souris de M. Hébert avec des aliments imprégnés de tubercules ou de cultures de tubercule ? Il y a certainement moins de danger de contagion du rat aux autres animaux pour la tuberculose que pour le choléra des poules, car les chiens et les chats, si sujets au cancer, sont à peu près complètement réfractaires au tubercule. Si on se décidait à cette expérience, vous

©BIU Santé

Service de santé militaire: son recrutement et son organisation,

Par le docteur P. Bouloumié (1).

Après cette question, je devrais étudier celle des concours, mais, comme elle a fait l'objet de mon premier article écrit à l'occasion du décret de réorganisation du Val-de-Grâce, je ne dirai plus que quelques mots de la situation faite à ceux qui, par concours, sont devenus agrégés.

Les professeurs agrégés du Val-de-Grâce, nommés au concours parmi les médecins-majors, restent pendant cinq ans en exercice, puis rentrent dans le service hospitalier avec l'emploi correspondant à leur grade. Ils conservent le titre d'agrégés libres, et c'est parmi eux que sont choisis au fur et à mesure des vacances les professeurs titulaires. Ceux-ci sont nommés par le ministre sur la proposition du Comité consultatif de santé et du Conseil de perfectionnement de l'Ecole, qui dressent chacun une liste de présentation de trois candidats.

Le Comité consultatif de santé est composé du médecin-inspecteur général, de plusieurs médecins-inspecteurs et du pharmacien-inspecteur.

Le Conseil de perfectionnement de l'Ecole est composé du directeur, du sous-directeur et des professeurs.

Aux termes du décret du 1er octobre 1883, les professeurs, autrefois maintenus dans leurs fonctions jusqu'à l'époque de leur retraite, ne les conservent actuellement que pendant dix ans.

Cette modification aux errements antérieurs est-elle justifiée et sera-t-elle favorable aux intérêts de l'armée?

Pour ma part, je n'hésite pas à répondre affirmativement ; en voici les raisons :

L'accès du professorat étant ainsi facilité à un plus grand nombre de médecins militaires, il y a lieu d'espérer que ceux qui peuvent aspirer à devenir professeurs ne seront pas découragés par l'encombrement de la carrière, que le nombre des aspirants à l'agrégation croîtra avec les chances plus nombreuses d'arriver au professorat, et qu'un certain nombre de médecins de valeur, qui auraient peut-être quitté l'armée, resteront dans ses rangs.

Il existe d'ailleurs aujourd'hui dans l'armée des situations importantes et considérées

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 22 décembre 1887 et 9 janvier 1888.

trouveriez à la Pitié, malheureusement, assez de tuberculeux pour fournir le poison nécessaire. »

Ainsi, voilà qui est dit. La campagne entreprise par M. Pasteur contre les macrobes, à l'aide du virus du choléra des poules, va se continuer, et cette fois on essayera une autre arme, moins rapidement meurtrière, mais tout aussi sûre. Assez et trop longtemps, dans la lutte pour l'existence, les microbes ont sourdement et aveuglément détruit toute espèce de macrobe, sans aucune distinction, aussi bien les utiles que les nuisibles ; il est de toute justice qu'on puisse maintenant s'en servir à volonté pour détruire les macrobes nuisibles, en attendant le moment, si désiré, où on pourra régler mathématiquement leur action et les anéantir les uns par les autres.

*
* *

— Mais enfin, docteur, qu'est-ce qu'il a donc?

Combien de fois, cher lecteur, ne vous a-t-on pas posé cette question depuis que les journaux nous ont appris que le *Kronprinz* était malade. C'est qu'en effet les gens du monde sont bien désorientés par les bulletins quotidiens que le télégraphe nous transmet à tous les points du globe. Aujourd'hui il va mieux, demain il va mal ; avant-hier, il prenait seul ses repas, se promenait seul, pour éviter de parler ; hier, la voix était revenue, mais éteinte ; un jour, on craint un cancer ; un autre, une inflammation ou enflammation de la membrane qui tapisse le larynx, à moins que ce ne soit les cartilages, ...et patati et patata !

comme indispensables pour arriver au grade d'inspecteur, qui n'existaient pas alors que les professeurs restaient en fonctions jusqu'à leur retraite, : je parler des directeurs du service de santé de corps d'armée.

Les professeurs ayant fini leur temps d'exercice au Val-de-Grâce sont appelés à ces hautes fonctions, dont quelques-unes sont même confiées à des inspecteurs, dans les 6e et 7e corps, par exemple, en Algérie, à Lyon, à Marseille.

Ces déplacements de professeurs et de médecins inspecteurs ont causé quelque émotion dans le corps de santé ; ils ont même au premier abord paru excessifs, parce qu'ils étaient inusités jusqu'alors et parce qu'ils se sont produits en certain nombre à court intervalle, en raison de l'application du décret et de l'organisation définitive du service de santé, en vue de la mobilisation.

A côté des obligations imposées par la préparation nécessaire du service sanitaire en cas de mobilisation, des nécessités budgétaires ont, paraît-il, été invoquées pour expliquer l'éloignement de Paris d'un certain nombre de médecins inspecteurs (officiers généraux). Il est fâcheux, en général, qu'on se heurte à des questions de ce genre, quand il s'agit de la santé des troupes ; mais, dans le cas particulier, l'inconvénient est compensé par les avantages.

En ce qui concerne les anciens professeurs appelés dans les centres de commandement de corps d'armée, on peut dire que la mesure qui leur confère ces importantes fonctions ne peut qu'être utile à l'armée, parce qu'elle lui rend des médecins militaires de grande valeur, qu'elle répartit ceux-ci dans les divers centres militaires où il importe, pour le bien du soldat et pour la dignité du corps de santé, que celui-ci soit représenté par ses sujets les plus distingués.

Je voudrais néanmoins qu'il n'y eût pas une limite absolument fixe à la durée de l'exercice du professorat, que tels et tels titres qui honorent l'homme et le corps tout entier, augmentent le prestige de l'un et de l'autre, constituassent des titres à une prorogation de fonctions ; que les professeurs membres de l'Académie de médecine, par exemple, fussent prorogés de cinq ans ; que les professeurs qui arriveraient à l'Académie des sciences fussent prorogés dans leur enseignement jusqu'à l'époque de leur retraite, et que le grade d'inspecteur pût être donné aux uns et aux autres, sans que l'obligation d'avoir préalablement rempli les fonctions de directeur du service de santé de corps d'armée leur soit imposée. Je voudrais qu'autant que possible, tout médecin militaire membre de l'Académie ou professeur dans une Faculté fût maintenu à Paris ou dans les environs de Paris, ou bien dans la ville où il exerce ses fonctions de professeur.

Bref on a tout dit, sauf la vérité, puisqu'on l'ignore..... ou qu'on ne veut pas la dire. Je penche, moi, pour cette dernière hypothèse. On ne veut pas la dire et pourtant on la devine, ça se chuchote. Car enfin, que lit-on, pour qui sait lire? Il s'agit d'une affection du larynx, caractérisée par de petites tumeurs, tantôt dures, tantôt molles, qui provoquent de l'œdème de la glotte, qui se transforment en abcès, en ulcérations, qui disparaissent pour faire place à d'autres.... sans que les ganglions cervicaux soient atteints. Ce n'est pas évidemment du cancer, malgré les antécédents héréditaires du prince. Ce n'est pas non plus de la tuberculose, car le prince n'a rien d'un tuberculeux. Reste une troisième hypothèse..... la seule, la dernière de toutes.... C'est....

— Oh docteur !

Mais oui, madame. Si la garde qui veillait aux barrières du Louvre n'en a pas su défendre nos rois, témoin François Ier, Louis XV, etc., pourquoi voulez-vous que celle qui veillait aux portes de l'Hôtel de X... à Bade, où demeura le Kronprinz en 185..... l'en eût mieux défendu? Et je ne suis pas seul de cet avis. Il y a déjà plusieurs mois que le rédacteur de la *Médecine contemporaine*, M. E. Duval a, l'un des premiers, émis tout haut cette idée, à l'instigation de M. Ricord, si je ne me trompe.

Et voulez-vous encore une preuve très importante à l'appui de mon dire? Tenez, avez-vous remarqué combien les communications aux sociétés savantes et les articles de journaux, sur le cancer du larynx, ont été nombreux tant qu'on a pensé que la maladie du Kronprinz était de nature cancéreuse? Oui, n'est-ce pas. Eh bien, aujourd'hui, cette

©BIU Santé

Je sais bien qu'il y a des objections à faire, au point de vue militaire, à cette manière de voir, mais je soutiens que, quand il s'agit demédecins, il faut pouvoir faire des exceptions en faveur de ceux qui, manifestement, présentent des garanties d'un savoir supérieur à leurs collègues, et de haute considération de la part de l'élite de la science française.

Il faut, en effet, dans la médecine militaire, une tête des plus distinguées à côté d'une excellente moyenne; il ne saurait y avoir de non-valeurs. Une excellente moyenne, parce que l'Etat doit à tous ses défenseurs des soins éclairés de la part du médecin qu'il leur impose ; une tête très distinguée, parce qu'il faut, pour que le corps de santé conserve auprès du commandement tout son prestige et toute son autorité, qu'il soit dans les hauts grades très dignement représenté en toutes circonstances ; parce qu'il faut que les directeurs de l'important service de santé d'une armée ou d'un corps d'armée aient des connaissances médicales et administratives aussi étendues que précises; parce qu'il faut qu'ils soient entourés de l'estime et de la haute considération des médecins civils justement réputés, et même des professeurs qui, venant prendre du service dans l'armée en cas de guerre, sont et doivent être leurs inférieurs dans la hiérarchie militaire.

Je signalerai, en terminant, un projet de loi modifiant la loi du 16 mars 1882 sur l'administralion de l'armée et ayant pour objet de donner une autonomie complète au service de santé, en lui attribuant une série de fonctions restées encore dans le domaine de l'Intendance : ordonnancement des dépenses, approvisionnements divers, action directe sur le personnel des officiers d'administration des hôpitaux et sur les sections d'infirmiers militaires.

Ce projet de loi, déposé à la Chambre le 2 décembre 1887 et renvoyé à la commission de l'armée, sera certainement adopté, car l'expérience a montré d'une part l'aptitude des médecins militaires à la direction de leur service, et, d'autre part, les inconvénients des restrictions inscrites dans la loi de 1882, restrictions que, pour ma part, j'avais signalées comme très fâcheuses dans un travail sur les *Secours aux blessés en temps de guerre*, publié en 1882.

Il est à souhaiter, pour le bien du service et dans l'intérêt supérieur du pays, qu'à cette modification de la loi s'ajoute sans retard l'augmentation des cadres des médecins militaires, dont le nombre absolument insuffisant est proportionnellement inférieur à ce qu'il est dans les autres armées européennes bien organisées.

Dans un prochain et dernier article, je parlerai des conditions du service militaire des

---

corde est brisée et on en a mis une autre sur la guitare; vous ne voyez plus dans les journaux que des notes variées sur la.... syphilis laryngée.

J'ai fait tout ce que j'ai pu pour imiter la réserve de ceux qui n'ont pas voulu prononcer ce mot qui éveille des idées si.... comment dirai-je? si peu en rapport avec celle qu'on se fait généralement d'un prince. Mais je n'ai pu faire autrement ; et après tout, pour un médecin, un prince est un homme comme un autre. *Homo est, et nihil humani a se alienum puto.* Et puis, entre nous, j'aime mieux pour lui qu'il soit cela que cancéreux. On m'a dit que l'iodure ne lui avait pas réussi, mais avait amené des poussées congestives intenses du côté de la face et du cou, ce qui ne m'étonne pas, vu la constitution fortement arthritique du sujet; mais il y a eu une amélioration notable, parait-il, à la suite des injections de peptone mercurique. Allons, tant mieux, car enfin, dans l'entourage de l'empereur Guillaume, c'est encore son fils qui est le moins féroce contre la France, et je connais bon nombre de Français qui font des vœux pour qu'il vive longtemps encore.

Seulement, il y a un point noir que je soumets à l'appréciation des gens compétents. Ce n'est pas du cancer, soit ; mais ce n'est pas non plus de la syphilis pure, car le traitement spécifique, tout favorable qu'ait été son effet, n'a pas produit l'amélioration rapide qu'il détermine d'habitude. Cette lenteur est-elle due à la névrose de quelque partie du cartilagé? Je le voudrais ; mais je crains autre chose. Lisez la thèse de M. Ozenne sur les combinaisons de la syphilis et du cancer, et vous partagerez peut-être mes craintes. C'était peut-être de la syphilis au début ; mais qui me dit que les lésions

médecins en général, et des conditions exigées des médecins attachés aux services actifs des sociétés de secours.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 30 janvier 1888.

De la virulence rabique dans les cadavres enfouis, par M. GALTIER. — Le virus rabique conserve son activité dans les cadavres enfouis, en sorte que, quand des doutes surgissent après coup sur la nature de la maladie qui a déterminé la mort, l'exhumation et l'inoculation du bulbe sont tout naturellement indiquées.

Il résulte d'un fait observé par M. Galtier que le bulbe d'un chien mort de la rage depuis dix-sept jours et resté enfoui pendant quinze jours a conservé toute sa virulence, puisque son inoculation a fait naître la rage en douze jours et tué le chien le quinzième jour après la trépanation.

Propriétés antiseptiques du naphtol, par M. J. MAXIMOVITCH. — L'auteur a étudié la valeur antiseptique du naphtol-α en cultivant quatorze microbes différents, comparativement, dans des milieux nutritifs additionnés de naphtol-α en proportions variées, et en déterminant la proportion de naphtol qui retarde, entrave ou empêche le développement de chaque microbe.

Pour les bouillons de culture ordinaires, le naphtol-α à la dose de 0 gr. 10 p. 1000 empêche complètement le développement des microbes de la morve, de la mammite des brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie, de deux organismes de la suppuration, le *Staphylococcus albus* et le *Staphylococcus aureus*, du microbe du clou de Biskra, du *Tetragenus*, des bacilles de la fièvre typhoïde et de la diphthérie des pigeons.

A la dose de 0 gr. 06 à 0 gr. 08 p. 1000, le naphtol-α retarde beaucoup (3 à 8 jours) le développement des mêmes microbes, et, dans quelques cas, l'empêche complètement ; c'est au moins ce qui se passe pour le charbon bactéridien, la fièvre typhoïde et les deux *Staphylococcus* de la suppuration.

primitives n'ont pas appelé vers le larynx, à la suite des extirpations partielles et des cautérisations multiples qui ont été pratiquées, la diathèse cancéreuse que les ancêtres du *Kronprinz* lui ont transmise? En d'autres termes, n'y aurait-il pas là un *hybride syphilo-cancéreux?* C'est une hypothèse que je voudrais bien ne pas voir se réaliser, mais que j'exprime d'après les on-dit de messieurs les reporters.

*
* *

Terminons par quelque chose de moins triste.

Il est généralement reconnu que le boulet de canon joue, en thérapeutique, un rôle beaucoup trop radical, en ce sens que s'il fait disparaître le mal il emporte souvent le le malade. Cela prouve simplement, déclare le docteur Sahli, qu'on ne sait pas s'en servir. Et notre confrère montre que l'on peut retirer d'excellents effets du boulet de canon dans le traitement de la constipation opiniâtre. Le mode opératoire est simple. Le soir, le patient se couche avec son boulet, qu'il insinue..... sous les draps à l'effet de le réchauffer. Le matin, le projectile est repêché des profondeurs du lit, le patient s'étend sur le dos et roule le boulet sur son abdomen, cinq ou dix minutes durant en tous sens ; cela remplace le massage abdominal.

Le docteur Salhi déclare avoir retiré d'excellents effets de cette thérapeutique, par conséquent je ne demande pas mieux que de l'essayer ; mais je voudrais un peu plus de détails. D'abord pourquoi emploie-t-il un boulet ? Moi, j'aimerais mieux un obus, car d'un boulet, corps plein, on ne peut rien retirer, tandis que d'un obus, qui est creux.....

©BIU Santé

Tandis que, pour empêcher complètement le développement des microbes dans la gélatine, les doses de naphtol-α sont presque les mêmes que pour le bouillon, il faut dans l'agar 0 gr. 12 à 0 gr. 15 p. 1000 pour l'organisme de la fièvre typhoïde, 0 gr. 16 à 0 gr. 20 p. 1000 pour ceux de la mammite des brebis et du clou de Biskra. Pour les autres microbes, les doses sont semblables à celles qui ont été indiquées pour le bouillon.

A la dose de 0 gr. 20 à 0 gr. 25 p. 1000, le naphtol-α empêche complètement la germination du bacille de la tuberculose ; à la dose de 0 gr. 10, il l'entrave. A la dose de 0 gr. 20 pour le bouillon et de 0 gr. 35 à 0 gr. 40 pour les milieux solides, le naphtol-α empêche complètement le développement du bacille de la pyocyanine et du bacille chromogène de MM. Charrin et Roger.

L'urine agitée avec le naphtol-α, en solution alcoolique ou en poudre, ne fermente pas. La matière fécale humaine ne fait apparaître qu'un léger louche dans les bouillons additionnés de 0 gr. 10 à 0 gr. 12 p. 1000.

Le naphtol-α est près de 3 fois moins toxique que le naphtol-β et près de 700 fois moins toxique que le bi-iodure de mercure.

La dose de naphtol-α nécessaire pour intoxiquer un homme de 65 kilog. serait de 585 grammes.

Introduit sous la peau en solution alcoolique saturée, 2 grammes à 2 gr. 5 de naphtol-α produisent quelquefois l'albuminurie ; la mort résulte de l'injonction de 3 gr. 5 à 4 grammes par kilogramme d'animal.

Contrairement à ce qui a lieu pour le naphtol-β, la toxicité du naphtol-α ne varie pas lorsqu'on introduit cette substance par le système porte.

Si l'on compare ces résultats à ceux qu'a obtenus M. Bouchard pour le naphtol-β, on voit que ce dernier corps, par sa toxicité plus grande et ses propriétés antiseptiques plus faibles, est inférieur au naphtol-α. »

Séance du 6 février 1888.

Sur le mécanisme de l'immunité, par M. A. Chauveau. — A propos d'un travail de MM. Roux et Chamberland sur l'*immunité contre la septicémie conférée par des substances solubles* (Annales de l'Institut Pasteur), M. Chauveau rapporte ses propres démonstrations expérimentales prouvant que l'immunité doit être attribuée à une substance soluble laissée dans le corps par la culture du microbe pathogène.

Et puis quelle est la forme de ce boulet ? Est-il rond, comme les anciens, ou cylindro-conique, comme les nouveaux ? Quel poids faut-il y mettre ? Un ou 20 kilogs ? Et comment agit ce boulet ? Est-ce mécaniquement ; ou autrement ? Je croirais assez que c'est autrement, car on fait de si singulières choses, aujourd'hui avec la métallothérapie, que je ne puis admettre que des propriétés magnétiques à ce boulet laxatif.

Simplissime.

Gargarisme antiseptique. — Muller.

Thymol	0 gr.	25
Acide benzoïque	3	grammes.
Teinture d'eucalyptus	12	—
Eau	750	—

Faites dissoudre. — Nettoyer les dents, particulièrement le soir, au moment de se coucher, avec la brosse et la poudre de savon, puis se gargariser pendant une demi-minute à une minute, avec la solution ci-dessus, qui détermine une rapide stérilisation de la bouche. — On peut également employer une solution d'acide salicylique, dans la proportion de 1 gramme pour 200 à 300 grammes d'eau ; une solution de thymol (1 gramme pour 1500 grammes) ; ou une solution d'acide borique (1 gramme pour 150 grammes). — N. G.

« J'ai montré en 1879 que dans les maladies virulentes le microbe pathogène fabrique *un poison soluble*, cause principale de la mort des sujets malades, et en 1880 j'ai donné la preuve de l'existence de ce poison soluble. Les expériences faites à cette époque ont démontré que les agneaux nés de mères inoculées du sang de rate devenaient *tous* réfractaires à l'action du virus charbonneux ; elles ont toutes été faites sur des brebis pleines et arrivées aux dernières semaines de la gestation et *pas un seul* des agneaux nés dans ces conditions n'a, je le répète, échappé à l'immunité. Je ne compte plus mes expériences. Elles ont été poursuivies pendant 7 ans tant sur des brebis algériennes inoculées avec du virus fort que sur des brebis inoculées avec du virns atténué, ces dernières de beaucoup les plus nombreuses. Chaque fois qu'un agneau naissait d'une de ces brebis, il était soumis à l'épreuve de l'inoculation avec du virus fort dans les premières semaines de son existence. Or, *aucun* n'a succombé et ceux qui provenaient de mères algériennes n'ont même pas présenté les signes d'infection plus ou moins grave qu'on ne manque jamais de provoquer sur les sujets issus de mères non inoculées pendant la gestation.

« Or, cette immunité est le résultat de la matière soluble que le fœtus puise par osmose dans le sang de la mère. Je vais plus loin : je dis qu'il est probable, sinon absolument certain que l'immunité a été créée chez *tous* nos agneaux sans qu'un bacille de la mère ait pénétré dans le sang d'aucun d'eux. Et, en effet, quand l'évolution du virus charbonneux fort ou atténué, sur les brebis pleines, n'entraîne pas la mort, il y a les plus grandes chances pour que le bacille, si rare, parfois même tout à fait absent dans le sang de la mère, ne se trouve *en aucun cas* dans celui du fœtus. Je n'ai *jamais* réussi à en déceler l'existence que chez les fœtus de brebis inoculées du charbon dans des conditions assurant la survie et tuées au moment où elles arrivaient à la fin de la période aiguë de l'infection.

« Donc l'immunité acquise par le fœtus de la brebis inoculée du charbon reste une preuve démonstrative de la création de cette propriété par l'action d'une matière soluble, produit de la vie microbienne.

« J'ai publié, en 1884, dans la *Revue scientifique*, mes tentatives pour donner une nouvelle démonstration de ce mécanisme de l'immunité, en injectant sur des animaux sains du sang charbonneux dans lequel les germes avaient été tués par l'action d'une température élevée. Ces tentatives ont été infructueuses, j'ai expliqué pourquoi. Peut-être aurai-je l'occasion de revenir sur ce sujet. En attendant, j'applaudis à tous les résultats expérimentaux nouveaux, montrant qu'une matière soluble, provenant d'une culture microbienne effectuée en dehors de l'organisme d'un animal, peut créer ou concourir à créer l'immunité dans cet organisme ; à ceux que M. Pasteur obtient de la pratique des vaccinations antirabiques, à ceux de M. Charrin portant sur le liquide des cultures du bacille pyocyanogène, à ceux enfin que MM. Roux et Chamberland viennent de faire connaître sur le liquide des cultures de vibrion septique. »

Dans un travail avec M. Arloing, M. Chauveau avait déjà démontré la création de l'immunité contre la maladie du vibrion septique.

Quelques gouttes de liquide virulent introduites sous la peau tuent les chevaux et les ânes en quatre à six jours, produisant d'énormes œdèmes qui rendent parfois les animaux difformes. Mais les mêmes animaux résistent à l'injection intra-veineuse de plusieurs centilitres du même liquide virulent, et si l'injection est réitérée plusieurs fois, on rend ces animaux absolument réfractaires à l'injection sous-cutanée des virus les plus forts.

Les moutons et les chiens peuvent être vaccinés de la même manière.

C'est aussi M. Chauveau qui a démontré pour la première fois que les liquides virulents débarrassés par la filtration du vibrion septique perdent toute leur virulence et peuvent être introduits en quantité notable dans le tissu conjonctif sous-cutané sans causer d'infection. Mais il n'avait pas cherché si les sujets inoculés étaient devenus réfractaires à l'action du vibrion lui-même. C'est ce qu'ont fait MM. Roux et Chamberland, enlevant ainsi tout appui à la vive opposition qu'avaient rencontrée les démonstrations sur lesquelles M. Chauveau a fondé la théorie de la création de l'immunité par l'action des produits solubles de la vie microbienne.

©BIU Santé

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 janvier 1888. — Présidence de M. DE RANSE.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La *correspondance imprimée* comprend les journaux et revues de la quinzaine,

La *Revue de l'hypnotisme*, numéro du 1er janvier 1888 ;

Le n° 3 du *Bulletin de la phthisie pulmonaire* de MM. Filleau et Petit.

Correspondance manuscrite : Lettre de M. le docteur Remy, agrégé de la Faculté de médecine, demandant le titre de membre titulaire. (Présenté par MM. Polaillon et Dehenne.)

— M. DEHENNE lit une note sur le *Traitement de l'ectropion*. (Sera publiée.)

M. ABADIE : Je désire ajouter quelques mots à la communication de M. Dehenne sur le traitement de l'ectropion. Quand il s'agit d'un simple ectropion muqueux sans altération cicatricielle de la peau des paupières, le procédé dont parle M. Dehenne, excision, puis cautérisation de la muqueuse, suffit généralement. Mais il n'en est plus de même quand il y a eu perte de substance de la peau des paupières et rétraction cicatricielle consécutive. Dans ces cas-là, il faut avoir recours à une autoplastie. Il faut remplacer le tissu de cicatrice par du tissu sain. Quand la peau du voisinage n'est pas altérée, on peut prendre un lambeau pour combler la perte de substance. Mais, quand la peau du front ou de la tempe est restée cicatricielle à la suite de vastes brûlures, ce procédé n'est plus applicable, et, dès lors, il faut recourir à la transplantation par la méthode italienne ou à la transplantation directe sans pédicule. La méthode italienne a donné entre les mains de M. Berger, en particulier, de beaux résultats. Mais elle est néanmoins d'une application difficile et oblige le malade à rester plusieurs jours dans une position très gênante. Reste la transplantation d'un lambeau sans pédicule. On a reproché à cette méthode de ne donner que des résultats immédiats. Le lambeau transplanté se résorberait par la suite. Je puis affirmer qu'on a exagéré cette résorption. J'ai revu ces jours-ci un jeune homme de 17 ans que j'ai opéré, il y a déjà dix-huit mois, d'un ectropion de la paupière inférieure par un lambeau sans pédicule emprunté à son bras. Ce lambeau est un peu rétracté il est vrai, mais ses dimensions sont encore très suffisantes pour assurer la guérison définitive de l'ectropion.

— M. DEHENNE lit également une note sur la *Staphylotomie antérieure*. (Sera publiée.)

M. TROUSSEAU : L'opération que vient de décrire M. Dehenne, d'après de Wecker, est, en effet, excellente, et j'ai eu l'occasion de la pratiquer sur une assez vaste échelle. Malgré les bons résultats généralement obtenus, j'ai eu occasion de constater chez trois enfants des ectasies consécutives qui rendaient le port de l'œil artificiel assez difficile. Je ne suis pas tout à fait le mode opératoire qui vient d'être indiqué, j'ai adopté les modifications récentes signalées par Masselon dans son nouveau manuel de chirurgie oculaire.

C'est ainsi que je ne sectionne pas complètement le staphylome après la transfixion, je laisse au sommet un point protecteur qui prévient la sortie du corps vitré.

Je ramasse la conjonctive sur un seul fil muni de deux aiguilles et je puis ainsi fermer d'un seul coup le sac conjonctival comme on serre les cordons d'une bourse (suture en bourse de de Wecker).

Il est de plus important d'agir rapidement à la fin de l'opération pour éviter l'issue du corps vitré, d'où la supériorité de cette suture qui se ferme pour ainsi dire instantanément.

Les deux modifications que je viens d'indiquer constituent un progrès réel sur le procédé que vous a décrit M. Dehenne.

— M. DUROZIEZ donne lecture d'un travail intitulé : *Placenta ; granulations crétacées, adhérences ; angio-sclérose ; souffle placentaire*. (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures et quart.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le septième Congrès de médecine interne se tiendra à Wiesbaden (Prusse) du 9 au 12 avril 1888, sous la présidence de M. Leube (de Wurtzbourg).

Les questions suivantes doivent être discutées. Lundi 9 avril : *Les maladies chroniques du muscle cardiaque et leur traitement*, MM. Oertel (de Münich) et Lichtheim (de Berne). — Mardi 10 : *Le traitement par l'alcool*, MM. Binz (de Bonn) et von Jaksch (de Gratz). — Mercredi 11 : *La prophylaxie et le traitement du choléra asiatique*, MM. Cantani (de Naples) et A. Pfeiffer (de Wiesbaden).

Les communications suivantes sont déjà annoncées. M. Rumpf (de Bonn) : ... — M. Unverricht (d'Iéna) : *Recherches expérimentales sur le mécanisme des mouvements respiratoires.* — M. Liebreich (de Berlin). — M. Adamkiewicz (de Krakau) : *Sur la dégénération combinée de la moëlle épinière.* — M. Jaworski (de Krakau) : *Recherches expérimentales sur le régime dans les troubles de la digestion.* — M. Stiller (de Budapest) : *Traitement de la maladie de Basedow.* — Le même : *Diagnostic des tumeurs du rein.* — M. E. Pfeiffer (de Wiesbaden) : *Séparation et dissolution des acides de l'urine.* — M. Binswanger (d'Iéna) : *Pathogénie des attaques d'épilepsie.* — M. Jürgensen (de Tübingen) : *De la septico-pyœmie kryptogénétique.*

COURRIER

Hier matin a eu lieu, au ministère de l'intérieur, chez M. Monod, directeur de l'Assistance publique, une réunion préparatoire en vue de la création d'une caisse de secours destinée à venir en aide aux familles des médecins victimes de leur devoir professionnel. Il a été décidé que les internes et externes des hôpitaux, régulièrement nommés, seraient assimilés aux médecins au point de vue des secours à recevoir.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 janvier 1888, M. le docteur Febvre, médecin-adjoint à l'Asile public d'aliénés de Ville-Evrard, est nommé à l'un des emplois de médecin en chef créés dans le même établissement, par l'arrêté du 7 janvier 1888, en remplacement de M. le docteur Rey, non installé.

— Mardi soir a eu lieu, chez Marguery, sous la présidence de M. Le Roy de Méricourt, le banquet des anciens médecins et pharmaciens de la marine. Cette réunion, due à l'initiative de MM. Nicolas, Poitou-Duplessy et Riché, a été des plus cordiales. Vingt-neuf anciens camarades avaient pu se rendre à l'appel; quelques confrères s'étaient fait excuser, ne pouvant se rendre à cette première réunion.

Il a été décidé, à l'unanimité, que le prochain banquet aurait lieu le 8 mai. Tous les anciens camarades, qui ont eu l'honneur de servir dans le corps de santé de la marine, sont invités à adresser leur adhésion à M. le docteur Nicolas, 126, boulevard Péreire, Paris.

— A l'occasion des jours gras, les cours et examens de la Faculté de médecine de Paris seront suspendus le lundi 13 et le mardi 14 février 1888. Le secrétariat restera ouvert le lundi 13, et les consignations seront reçues aux heures ordinaires.

Hospices d'Amiens. — Par suite du décès de M. le docteur Léger et de l'honorariat accordé à M. le docteur Herbet, les mutations suivantes viennent d'avoir lieu dans les services de l'Hôtel-Dieu :

M. le docteur Peulevé, chirurgien du service des Enfants, est nommé chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu. — M. le docteur Huber est chargé des deux services de la Maternité et des Enfants, réunis en un seul service.

Par suite de l'honorariat accordé à M. le docteur Richer, chirurgien de Saint-Charles, M. le docteur Ravin, médecin dudit hospice, a pris seul la direction du service médical et chirurgical de Saint-Charles.

©BIU Santé

Faculté des sciences de Dijon. — M. Emery, professeur de botanique, est nommé doyen de la Faculté.

— M. le docteur L. Robuchon vient d'être élu conseiller d'arrondissement pour le canton de l'Yle-Dieu (Vendée).

— M. le docteur Alphonse Desmarres vient d'être élu vice-président de la Société de prévoyance mutuelle des Enfants de la Seine.

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

— M. le docteur Bégin, bibliothécaire au département des imprimés de la Bibliothèque nationale, est admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite, et nommé bibliothécaire honoraire.

— M. le docteur Danner, médecin-adjoint au lycée de Tours, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Charcellay, démissionnaire, et nommé médecin honoraire.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Bitot, professeur honoraire à la Faculté de médecine de Bordeaux; de M. le docteur Pallé, médecin principal de 1re classe, en retraite, et de M. le docteur Dietz (de Munster).

Ecole de médecine de Toulouse. — M. le docteur Bézy est nommé chef de clinique médicale.

M. le docteur Chabaud est nommé chef de clinique chirurgicale.

Ecole de médecine de Tours. — M. le docteur Ledouble, suppléant, est nommé professeur d'anatomie, en remplacement de M. Giraudet, décédé.

Ecole de médecine de Rouen. — M. le docteur Brunon est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

Le boulet de canon en thérapeutique. — Il est généralement reconnu que le boulet de canon joue, en thérapeutique, un rôle beaucoup trop radical en ce sens que s'il fait disparaître le mal, il fait aussi disparaître le malade. Cela prouve simplement, réplique le docteur Sahli, qu'on ne sait pas s'en servir. Et notre confrère montre que l'on peut retirer d'excellents effets du boulet de canon dans le traitement de la constipation opiniâtre. Le mode opératoire est simple. Le soir, le patient se couche avec son boulet qu'il insinue sous les draps à l'effet de le réchauffer. Le matin, le projectile est repêché des profondeurs du lit, le patient s'étend sur le dos et roule le boulet sur son abdomen, cinq ou dix minutes durant en tous sens; cela remplace le massage abdominal. Le docteur Sahli déclare avoir retiré d'excellents effets de cette thérapeutique. (*Lyon médical*).

Société médico-pratique. — Séance du 13 février. — *Ordre du jour* : 1. Rapports de MM. Richardière et Cyr sur les candidatures de MM. Cousin et Margery. — 2. M. Schwartz : De l'énucléation des kystes du corps thyroïde. — 3. M. Dauchez : Dysménorrhée rebelle aux approches de la puberté; rétention du sang menstruel; compression mécanique du gros intestin par l'utérus, suivie de typhlite grave; guérison. — 4. M. Bar : Rapport sur un cas de dysménorrhée pseudo-membraneuse, avec examen histologique des pièces.

QUINIUM-ROY *granulé*, extrait normal de quinquina soluble.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-H. Petit : De l'origine avine de la diphthérie. — II. Jules Christian : Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1887. — III. Correspondance. — IV. Bibliothèque : Œuvres complètes de Jean Méry. — V. Revue des journaux : De l'albuminurie et des lésions rénales consécutives aux injections d'albumine. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier.

De l'origine avine de la diphthérie.

Une intéressante note de M. le docteur Paulinis, publiée dans le *Bulletin médical* du 22 janvier dernier, est de nature à rappeler l'attention sur les rapports qui ont déjà été admis par certains observateurs, niés pas d'autres, entre la diphthérie humaine et celle des oiseaux de basse-cour.

Tandis que Nicati (de Marseille), en 1878 et 1879, publiait des faits tendant à démontrer la contagion de la diphthérie entre poules et enfants (*Marseille médical*, 1879, p. 105), Mégnin, s'appuyant sur de nombreux faits de non-contagion et sur des examens microscopiques, repousse l'idendité des deux affections (*Tribune médicale*, 1879, p. 211). Depuis lors, la bactériologie a fait des progrès qui ont permis à Lœffler, Cornil et Babès, d'affirmer la presque identité des bacilles trouvés dans les fausses membranes diphthéritiques des oiseaux et dans celles des enfants, mais non toutefois la contagion de la maladie des uns aux autres.

Les faits rapportés par Nicati ne sont cependant pas restés isolés, car nous trouvons dans une thèse peu connue, soutenue à la Faculté de médecine de Paris en 1881, par M. Menziès, de nouveaux faits favorables à cette opinion, et plus récemment Delthil (1), Pamard et Bouchard, au Congrès de Nancy (1886), Teissier (de Lyon) au Congrès de Vienne (1887), en ont cité d'autres du même genre.

M. Menziès, dans sa thèse, s'est surtout attaché à démontrer que la diphthérie était causée par les déjections des oiseaux; il ne rapporte pas de cas de contagion des oiseaux à l'homme, mais on sait que la diphthérie des gallinacés est fréquente en Italie, d'après plusieurs auteurs cités par Mégnin, Ercolani et de Pietra Santa entre autres. Il eut l'occasion d'observer, en 1871, à Posilipo, près de Naples, une épidémie de diphthérie qui attaqua la famille d'un de ses confrères. Sur 5 enfants, 4 furent atteints et moururent; puis l'épidémie s'étendit à d'autres personnes.

M. Menziès attribue cette épidémie à l'eau que burent les malades. Ceux qui ont voyagé en Italie, dit-il, ont remarqué la toiture à plat dont sont couvertes les maisons et sur lesquelles habitent des colonies de dindons, de poules et de pigeons, voire même de lapins. Les ordures de ces animaux, emportées par la pluie, vont dans la citerne ou puits de la maison : telles étaient les conditions dans lesquelles se trouvait l'habitation du malheureux confrère.

Naturellement, on interdit aux domestiques de puiser de l'eau pour les usages culinaires dans ces réservoirs; cette défense avait été faite au domestique de la famille; malheureusement le puits dans lequel on pouvait prendre de l'eau potable était très éloigné de la maison; pendant quelques jours, cet homme obéit aux recommandations, mais écoutant les propos

(1) Les observations auxquelles M. Delthil a fait allusion au Congrès de Nancy viennent d'être publiées, avec d'autres plus récentes, dans le *Bulletin médical* du 12 février.

©BIU Santé

d'une voisine qui assurait que tout le voisinage se servait de l'eau du puits de la maison et que personne n'en souffrait, il finit par céder à sa paresse et par aller puiser de l'eau dans l'endroit le plus commode. L'épidémie ne tarda pas à éclater.

Un garçon de 7 ans, habitant une maison située en face de la précédente, but de l'eau du même puits, fut atteint également de diphthérie et en mourut.

Dans une autre maison, existait un colombier énorme; toutes les ordures de ses habitants allaient se rendre dans le puits. Parmi les locataires de cette maison, une dame et quatre ou cinq enfants furent atteints de diphthérie et trois des enfants succombèrent.

M. Menziès croit donc que dans toute épidémie de diphthérie il faut chercher la source du mal dans le voisinage de poulaillers, de tas de fumier, surtout dans le fumier d'écuries et dans les dépôts de guano. N'est-il pas possible, se demande-t-il, qu'un puits au voisinage duquel la maladie s'est développée ait été contaminé par du guano jeté sur un champ voisin? N'a-t-on jamais remarqué l'apparition d'une épidémie ou d'un cas isolé suivant de près la dispersion du guano dans les champs, ou l'arrivée d'une certaine quantité de cet engrais dans une ferme, ou le nettoyage d'un poulailler ou d'un colombier? »

Ce qui plaide encore en faveur de cette origine de la diphthérie, c'est que sur les cinq enfants du confrère, quatre seulement furent atteints; le cinquième fut épargné pour une raison qui paraît péremptoire à M. Menziès, et qui n'est pas sans fondement, *c'est qu'il ne buvait jamais d'eau.*

L'épidémie relatée par M. Paulinis présente presque les conditions d'une expérience de laboratoire. En effet, elle ravagea une île dans laquelle il n'existait auparavant aucun cas de diphthérie; elle y fut apportée par des dindons malades qui moururent de diphthérie bien et dûment constatée; quelques jours après, la diphthérie attaquait les enfants et s'étendait rapidement à toute l'île.

Mais ici ce ne serait plus, comme dans l'épidémie rapportée par M. Menziès, l'eau qui aurait servi de véhicule au virus, mais l'air. Voici d'ailleurs le récit de cette épidémie, qui fut assez meurtrière, puisqu'en cinq mois, sur une population de 4,000 habitants, elle en a atteint 125, dont 36 moururent.

« C'est à Skiatos, île située au nord de la Grèce, que l'épidémie a éclaté dans l'été et l'automne de l'année 1884. C'est une petite île qui, à part quelques fièvres intermittentes, est bien salubre. Son unique ville, fondée il y a 50 ans, renferme 4,000 habitants. Mon excellent confrère et ami, M. Bild, qui depuis 30 ans exerce la médecine dans cette île, m'a affirmé qu'il n'a jamais observé la diphthérie.

« Dans les premiers jours de juin 1884, on m'appela pour une jeune fille de 12 ans, qui depuis quatre jours était malade. Elle avait de la fièvre, mal à la gorge et de la dysphagie. J'ai trouvé sur les amygdales des pseudo-membranes qui se propageaient vers le pharynx; rien du côté du larynx. Cette petite fille mourut le lendemain. Le jour même de sa mort, on m'appela dans trois maisons du même quartier pour des enfants malades. L'examen de ces malades, au nombre de 7, ne tarda pas à me démontrer qu'eux aussi avaient la diphthérie.

Sur ces sept enfants atteints, cinq moururent; comme tous ont été malades en même temps, on ne peut pas supposer la transmission du virus diphthérique d'un enfant à l'autre par contact direct.

L'épidémie a ensuite envahi toute la ville ; elle a duré cinq mois et elle a atteint 125 personnes, sur lesquelles on a eu 36 morts.

Voici maintenant ce que nous a révélé l'enquête que nous avons faite à propos de cette épidémie:

Au commencement de l'épidémie, on m'informa que dans un jardin il y y avait eu une douzaine de dindons malades et que quelques-uns étaient morts. J'appris par leur propriétaire, qu'il y avait vingt jours qu'on les lui avait envoyés de Salonique, par bateau. Parmi eux, deux étaient malades quand le capitaine du bateau les lui remit. Les dindons malades sont morts dans le jardin, après trois jours de maladie. Chacun des autres dindons est successivement tombé malade jusqu'à mon arrivée, de telle sorte que je constatai que sept étaient morts, que trois avaient guéri et qu'il ne restait plus que deux animaux malades. Chez ces derniers, il me fut facile de constater des fausses membranes grises sur le voile du palais et sur le pharynx. Chez l'un d'eux, les fausses membranes se propageaient du côté du larynx, car l'animal avait du cornage et respirait avec une extrême difficulté. Avec un pinceau on pouvait détacher les pseudo-membranes peu adhérentes. La muqueuse au-dessous saignait peu ; les ganglions du cou étaient tuméfiés.

En un mot, ces animaux avaient tous les symptômes de la diphthérie humaine. Chez un dindon guéri, j'ai constaté une paralysie des pattes ; l'animal ne pouvait pas du tout marcher.

« Le jardin en question est situé au nord de la ville et près du quartier où d'abord la maladie s'est manifestée chez les premiers sept enfants en même temps. Le vent du nord, qui dans ce pays souffle périodiquement en été, passe par le jardin et arrive dans les maisons voisines. La température (20°) dans cette saison, facilitait admirablement le développement du virus diphthéritique.

« L'épidémie a duré cinq mois. Mais, depuis cette époque, il se présente des cas de diphthérie, de temps à autre, sporadiquement. Dernièrement encore, il y a deux mois, on en a observé un cas. »

M. Paulinis tire de l'étude de ces faits les conclusions suivantes :

1° Qu'il y a chez les dindons une espèce de diphthérie, qui ressemble à la diphthérie humaine par ses symptômes, par son évolution et par sa gravité ;

2° Que son virus peut se transmettre par l'air à l'homme, lui donner cette maladie et être le point de départ d'une épidémie dans une ville.

Nous ferons remarquer en outre que, comme cela a été signalé déjà pour d'autres maladies infectieuses, une fois l'épidémie terminée, l'île de Skiatos n'a pas été débarrassée pour cela de la diphthérie ; celle-ci y a laissé des germes qui se développent de temps à autre ; comme le charbon, l'érysipèle, la fièvre puerpérale, le tétanos, qui surviennent dans un milieu qui en était resté jusque-là indemne, la diphthérie est installée maintenant à l'état endémique dans cette île.

Les documents que nous venons d'analyser sont donc favorables à l'hypothèse de l'origine avine de la diphthérie ; celle-ci paraît être communiquée aux enfants par les animaux malades, par l'intermédiaire de l'air (Nicati, Paulinis), ou de l'eau (Menziès). Ces faits démontrés par la clinique doivent donc être considérés comme acquis, en attendant la solution expérimentale des points encore contestés de la question.

L.-H. PETIT.

©BIU Santé

Compte rendu des travaux de la Société de médecine de Paris pendant l'année 1887

Par le docteur Jules CHRISTIAN, secrétaire général.

Messieurs,

Les travaux dont j'ai à vous rendre compte ont été particulièrement nombreux et variés, et, en les entendant énumérer, vous jugerez combien a été féconde, en 1887, l'activité scientifique de notre Société. Elle ne le cède à celle d'aucune des années précédentes, et elle prouve une vitalité dont nous avons le droit d'être fiers, mais que nous avons le devoir de maintenir et d'augmenter, s'il se peut.

Plusieurs de nos séances ont été consacrées à la discussion d'une question déjà vieille, mais toujours actuelle, je veux parler du *Traitement du diabète*. M. Dehenne, en 1886, nous avait vanté les injections sous-cutanées d'ergotinine, qui continuent d'ailleurs à lui donner d'excellents résultats. Cette année, M. Le Blond nous a relaté les bons effets qu'il retire de l'eau *oxygénée* (chargée d'oxygène sous pression). Ces travaux vous ont engagés à soumettre à un examen méthodique et approfondi la question du *Traitement des glycosuries et des diabètes*. Cela nous a valu un exposé magistral de M. Bouloumié, qui a su être complet et intéressant. M. Boucheron a porté à votre tribune ses théories ingénieuses et hardies, — trop hardies, diront quelques-uns. Enfin, M. Coignard, résumant les résultats de son expérience, et qui l'an dernier déjà avait proscrit le pain de gluten, conclut, comme les anciens, que l'hygiène, aidée d'une nourriture azotée et des alcalins, est actuellement encore ce qu'il y a de mieux. Le problème n'est donc pas résolu, et nous ne tenons pas le spécifique du diabète. Ce n'est pas non plus ce que nous pouvions espérer. Du moins, la question a été nettement posée, envisagée sous tous ses aspects, et chacun a retiré quelque profit de l'échange d'idées dont elle a été l'occasion.

Les théories nouvelles sur la *Rage* ne pouvaient manquer, tôt ou tard, de paraître à nos séances. Remercions notre zélé correspondant, M. le docteur Pinteaud-Désallées, de nous avoir envoyé l'observation dont il a pu recueillir les principaux éléments. Et cependant cette observation a paru mériter de sérieuses objections, et vous n'avez pas pensé qu'elle puisse être invoquée ni pour ni contre la méthode pastorienne. C'est que, dans ce grave et important litige, les moindres détails acquièrent une valeur considérable, et il n'est permis d'en négliger aucun.

Notre honorable correspondant aura pu juger, par le soin et l'intérêt avec lequel il a été discuté, du prix que nous attachons à ses travaux.

Nous lui devons encore la relation d'un cas de *Tétanos*, survenu chez une femme de la campagne, âgée de 50 ans, qui guérit après avoir absorbé, dans l'espace de vingt-huit jours, l'énorme quantité de 114 grammes de chloral par la bouche, plus 16 grammes par la voie rectale.

M. Pineau (d'Oléron), un autre de nos correspondants, nous a également envoyé l'histoire d'un tétanos observé chez un enfant de 11 ans, qui était tombé d'un arbre et s'était fait une blessure grave, et telle qu'on l'a rarement rencontrée : *fracture de l'extrémité inférieure du radius et du cubitus, avec décollement des épiphyses*. Moins heureux que M. Pinteaud-Désallées, M. Pineau a vu son blessé succomber le troisième jour de l'accident.

Une autre observation, envoyée par M. Pineau, vous a paru laisser subsister quelques doutes. Il s'agissait d'un cas de *Chromhydrose du cuir chevelu*, chez une dame d'une cinquantaine d'années. A cette occasion, M. de Beauvais nous a résumé en quelques lignes l'histoire de cette singulière affection sur laquelle on a tant discuté autrefois, et qui est si fréquemment simulée.

Une affection bizare, le *Gigantisme utérin*, c'est-à-dire l'hypertrophie totale de l'utérus, en état de vacuité, a fourni à M. Polaillon le sujet d'une importante communication. Il y a quelques années, il eût fallu renoncer, sinon à traiter, du moins à guérir une ma-

ladie pareille. Aujourd'hui, l'opérateur ouvre la cavité abdominale, excise les trompes et les ovaires, et la malade guérit, attestant à la fois les progrès de l'art et l'habileté du chirurgien.

M. Besnier, appelé chez une femme atteinte de *péritonite puerpérale purulente*, n'hésite pas à pratiquer la ponction, retire cinq litres de pus, et le succès couronne sa hardiesse.

M. Larroque nous a raconté l'histoire d'un individu à qui un coup de couteau dans le ventre avait perforé l'intestin : suture, lavages antiseptiques; en quelques jours le blessé était sur pied.

De tels faits ne sont plus pour nous étonner. Depuis que le chirurgien a su écarter la douleur chez l'opéré, — depuis que l'antisepsie protège sa main, il n'est pas d'audace devant laquelle il recule : les résultats acquis en font prévoir bien d'autres. Si la cavité abdominale, si la cavité thoracique peuvent être presque impunément ouvertes et explorées; s'il est possible et permis d'y poursuivre le mal qu'il s'agit de combattre, pourquoi n'en serait-il pas de même de la cavité crânienne? Ne pouvons-nous pas espérer que, dans un avenir, prochain peut-être, une intervention active soit de règle, là où, maintenant encore, nous sommes réduits à l'impuissance? Une chirurgie hardie ne triomphera-t-elle pas de lésions cérébrales contre lesquelles nous sommes encore désarmés?

Ces réflexions me venaient à l'esprit en relisant la curieuse observation dont M. Abadie nous a fait connaître les péripéties. Un homme porte une tumeur de l'orbite; il faut l'enlever. Mais il se trouve que la voûte orbitaire a disparu, et que la tumeur plonge dans la cavité du crâne. Notre confrère n'hésite pas; il sait qu'il n'a rien fait, s'il n'enlève tout le mal. Sa tentative réussit; après quelques accidents passagers d'aphasie, l'opéré, dont le cerveau, à coup sûr, a été touché, peut être considéré comme guéri.

Comparez ce fait avec quelques autres que nous connaissions; rappelez-vous le malade de M. Dubrisay, qui avait pu impunément s'enfoncer un couteau dans la tête, et vous penserez sans doute que la chirurgie du cerveau n'a pas dit son dernier mot, et qu'elle nous réserve autant de surprises peut-être que la chirurgie de l'abdomen.

En *pathologie chirurgicale*, nous avons entendu encore d'autres travaux :

M. Polaillon nous a parlé des excellents effets que lui donnent, dans le traitement de l'anthrax, les flèches caustiques au chlorure de zinc.

M. Wickham nous a montré un instrument de son invention, une pince à serrage, ingénieusement combinée de façon à simplifier le procédé que son maître, M. Horteloup, applique à la cure radicale du varicocèle.

M. Berne nous a lu un mémoire sur une méthode de traitement encore peu connue et trop rarement employée, le *massage appliqué aux péri-arthrites scapulo-humérales*.

Les affections des *voies génito-urinaires* ont été, comme les années précédentes, l'objet d'un certain nombre de communications.

M. Deligny nous a vivement intéressés par une lecture sur les *écoulements uréthraux d'origine constitutionnelle*, plus rares malheureusement, beaucoup plus rares que les autres; j'avoue même qu'un peu de scepticisme me paraissait de mise en pareille matière; mais, après l'exposé de M. Deligny et les remarques de M. Reliquet, nous ne pouvons que nous déclarer convaincus.

Un homme de 56 ans, calculeux depuis plus de six ans, se présente à M. Dubuc, qui constate l'existence de trois calculs ayant chacun 3 centimètres de diamètre; en outre, une pyélo-néphrite à gauche. M. Dubuc pratique la lithotritie en une séance unique qui dura près d'une heure, et pendant laquelle l'opéré absorba 100 grammes de chloroforme. La guérison fut le résultat de cette longue et difficile opération.

Poursuivant ses recherches sur la *cocaïne*, M. Dubuc nous a également montré une nouvelle application des propriétés anesthésiques de cet agent Quand on veut injecter la teinture d'iode dans un kyste spermatique, cette injection, d'ordinaire si douloureuse, devient absolument indolore, si on la fait précéder de celle d'une solution de cocaïne.

Un membre nouveau-venu dans notre Société, M. de Pezzer, nous a lu un mémoire

©BIU Santé

sur l'*uréthrotomie interne chez l'enfant*, et nous a montré l'appareil instrumental dont il se sert. Notre collègue pense que cette opération peut être pratiquée chez l'enfant comme chez l'adulte, qu'il n'existe aucune contre-indication.

Est-il prudent de pratiquer des *lavages de la vessie sans l'intermédiaire d'une sonde*? Les observations rapportées par M. Desnos vous ont montré les inconvénients d'une pratique souvent proposée, toujours abandonnée, et que MM. Reliquet et Budin ont sévèrement condamnée.

De M. Reliquet, nous avons entendu un important travail sur les *rétrécissements péniens compliqués de cowpérites suppurées*. Beaucoup d'abcès du périnée, que l'on prend pour des abcès urineux, ne sont en réalité que des inflammations des glandes de Cowper. Or, le pus de ces abcès, se mêlant à l'urine en arrière du rétrécissement, provoque des accidents graves d'infection générale. De là ce conseil pratique, qu'avant d'ouvrir l'abcès, il faut faire l'uréthrotomie interne, de façon à rétablir le cours de l'urine, et en même temps insister sur une antisepsie rigoureuse dans l'urèthre et dans la vessie. Les exemples cités par M. Reliquet démontrent l'excellence de cette méthode, à inscrire, elle aussi, à l'actif de l'*antisepsie*.

Nous la trouvons partout, cette *antisepsie*, et partout elle renouvelle le champ de la thérapeutique, substituant des données rationnelles à l'empirisme du passé. En voici un exemple encore :

S'il est une affection redoutée des oculistes, c'est, ou, du moins, c'était hier encore, l'*ulcère serpigineux de la cornée*. On le croyait dû à une affection générale, à l'épuisement, au surmenage. MM. Abadie et Dehenne vous ont montré qu'il n'en est rien. Pour que cet ulcère se produise, il faut d'abord une érosion de la cornée, puis un agent virulent, mis en contact avec le tissu cornéen privé de son épithélium. Ce point établi, le traitement en découle : c'est un traitement local, accompagné d'une antisepsie rigoureuse, et, dans le plus grand nombre des cas, le mal est enrayé.

La pathologie oculaire nous a valu une note de M. Dehenne sur le *traitement de l'entropion par le thermo-cautère*, et un mémoire sur les *pseudo-atrophies de la papille*, par M. Trousseau. M. Trousseau, qui porte sans fléchir le poids d'un nom illustre, n'est des nôtres que depuis cette année; mais il s'est montré et il restera, je l'espère, un de nos collaborateurs les plus actifs. Son mémoire de candidature soulève une question de haute importance. Nous savons que l'*atrophie de la papille* est une lésion d'une extrême gravité, qu'elle aboutit fatalement à la perte de l'organe visuel. Mais il se trouve que, dans certaines circonstances, l'ophthalmoscope révèle au fond de l'œil les lésions de l'atrophie; et pourtant le malade guérit. C'est ce que M. Trousseau appelle les *pseudo-atrophies;* et ce qui prouve bien l'intérêt et la valeur de ce travail, c'est qu'il a été longuement argumenté et commenté par deux maîtres en oculistique, j'ai nommé MM. Abadie et Dehenne.

M. Trousseau nous a lu encore une observation de *conjonctivite diphthéritique*, et, tout récemment, il nous a fait part d'un cas d'*érythème iodoformique*, qui semble indiquer que l'iodoforme n'est pas toujours inoffensif.

L'*obstétrique* a sa part dans nos travaux. M. Budin, que nous avons tous été heureux de voir reparaître à nos séances, nous a parlé d'un cas singulier de *thrombus du vagin pendant la grossesse :* il y eut ceci de curieux que la tumeur se vida spontanément vers le septième mois, et qu'elle n'empêcha pas la grossesse d'arriver à son terme normal dans les conditions les plus favorables.

Il nous a également entretenus d'une altération singulière que l'on observe quelquefois après l'accouchement, la *perforation des petites lèvres*.

M. Auvard nous a lu une note sur un *fibrome compliquant l'accouchement*, observé chez une primipare âgée (elle avait 26 ans); cette tumeur n'empêcha pas l'accouchement de se faire normalement.

L'opération d'*Alexander* nous a été exposée dans un long mémoire de candidature de

M. Doléris; M. Richelot en a discuté et précisé les indications dans le rapport qu'il eut à faire sur cette communication.

A l'obstétrique ou plutôt à la gynécologie se rattache le curieux travail de M. Lutaud sur la *suppression des règles chez les morphinomanes*. Au point de vue physiologique, c'est assurément un résultat digne d'attirer l'attention, et la morphinomanie devenant malheureusement plus fréquente de jour en jour, mainte occasion se présentera de la vérifier. Mais il y a là de plus, et M. Lutaud l'à bien fait voir, une indication thérapeutique : les injections de morphine seront une ressource précieuse contre les hémorrhagies utérines liées à des néoplasmes inopérables.

En médecine j'ai à vous signaler, comme les années précédentes, les lectures de notre infatigable collègue Duroziez. Le mémoire de candidature de M. Malibran lui a inspiré d'abord un long et important rapport sur l'*insuffisance tricuspidienne*. Puis est venue la dernière partie d'un travail commencé l'année précédente, sur l'*étiologie du rétrécissement mitral pur*. Enfin nous avons entendu un exposé magistral sur le *grand cœur rhumatismal*. Pour notre maître en pathologie cardiaque, le rhumatisme touche à tous les organes, à tous les tissus. Si c'est le cœur qui attire le plus l'attention, il n'en est pas moins vrai que rien n'est épargné, ni le sang, ni les poumons, ni le foie, ni les reins, ni même le cerveau. Et quand le cœur est atteint, ce n'est pas dans une partie seulement, c'est dans son ensemble, dans toutes ses parties constitutives.

Vous voyez l'importance pratique de ces données. Ajouterai-je que chez M. Duroziez le praticien est doublé d'un érudit? A ceux qui récemment ont découvert l'*angine de poitrine par sténose des artères coronaires*, notre collègue a pu appliquer les paroles de La Bruyère : « Tout est dit; et l'on vient trop tard... pour inventer ce qui était imprimé en 1821. »

M. Larroque a pris texte de quelques cas d'*érysipèle* qu'il a observés pendant son internat, pour discuter à nouveau la question de la contagion; il croit à cette contagion dont peut-être il exagère l'influence.

J'ajouterai, dans le même ordre de travaux, la note que nous a lue M. Ruault sur les *hypertrophies amygdaliennes*; celle de M. Desnos sur l'*étranglement survenu dans l'intestin au cours de coliques néphrétiques*; enfin l'intéressant mémoire de M. Deligny sur l'*eczéma des ongles*.

M. Dubrisay nous a communiqué une observation du plus haut intérêt, telle que nous en rencontrons souvent, l'*histoire d'un dégénéré*; et M. Ant. Martin nous a relaté un cas curieux de *mensonge chez un enfant*.

Nous avons eu aussi quelques nouveautés thérapeutiques : M. Larroque nous a parlé de l'*acétanilide* dans l'ataxie locomotrice; encore une maladie contre laquelle la matière médicale a épuisé toutes ses ressources. M. Onimus s'est fait l'inventeur d'une nouvelle méthode de traitement, basée sur les *oxydations médicamenteuses*, et il nous a montré l'ingénieux appareil qu'il a imaginé.

M. Luc, enfin, dans notre dernière séance, nous a fait part d'une observation pleine de promesses pour l'avenir, et qui cadre tout à fait avec les notions nouvelles acquises sur la tuberculose : la guérison d'un cas de *tuberculose du larynx par l'application réitérée de l'acide lactique et de l'iodoforme*.

Tel est, Messieurs, le bilan de l'année écoulée. Il ne serait pas complet, cependant, si je ne vous rappelais que nos délégués, convoqués par la commission parlementaire présidée par M. Siegfried, ont traité devant elle avec l'autorité et la compétence que leurs travaux leur ont depuis longtemps acquises, le grave problème de l'organisation et de la réglementation de l'hygiène publique. MM. Dubrisay, Perrin et de Ranse ont été écoutés avec faveur; leurs vœux, qui sont les nôtres, se réaliseront-ils? Souhaitons-le. Si quelque progrès doit s'accomplir, la Société de médecine pourra se dire qu'elle n'y est point restée étrangère.

Je dois vous rappeler aussi que nous avons, pour la seconde fois, décerné le prix Duparcque. Notre lauréat a été le docteur Fernand Roux, ancien médecin de la marine.

©BIU Santé

Son mémoire sur les *maladies par obstruction lymphatique*, a été l'objet d'un savant rapport de M. Thevenot; nous espérons bien que là ne se borneront pas les rapports de la Société avec notre laborieux confrère.

Nous avons perdu cette année plusieurs de nos collègues, et, parmi eux, le plus ancien, le vénérable docteur Nonat.

Reçu dans la Société en 1836, Nonat lui a appartenu pendant cinquante ans, sans que jamais il ait voulu renoncer à son titre de membre titulaire. Un tel attachement n'est pas exceptionnel, Messieurs, et, sans remonter dans notre passé, je pourrais vous citer deux maîtres vénérés, dont l'un, assidu à nos séances, m'écoute en ce moment même, et qui tous deux nous donneront bientôt l'occasion de célébrer leur cinquantenaire. Nonat a été pendant longtemps un de nos membres les plus laborieux. De 1836 à 1864, il a présenté un grand nombre de travaux sur les sujets les plus divers, de préférence cependant sur des points relatifs aux maladies des femmes. C'est, en effet, la gynécologie qui avait spécialement attiré ses efforts. Il ne paraît pas que Nonat ait jamais brigué les honneurs que vous décernez à ceux qui ont bien mérité de la Société; j'ai en vain cherché son nom parmi ceux de nos consulaires, où sa place était indiquée. Il s'est contenté d'un rôle modeste, mais ce rôle il l'a rempli jusqu'au bout, et je me souviens de l'avoir vu à l'une de nos séances. Nonat est mort plus qu'octogénaire. Nous devons garder à sa mémoire un pieux et reconnaissant souvenir.

Quelques jours après Nonat succombait un autre maître en gynécologie, le docteur Gallard, à un âge où sa famille pouvait espérer le conserver longtemps encore, quelques mois à peine après que l'Académie de médecine lui avait ouvert ses portes. Le hasard seul avait fait de Gallard un médecin : il se préparait à l'École polytechnique, quand une maladie grave interrompit ses études et le força de diriger ailleurs ses efforts. Il embrassa la carrière médicale, et ses succès furent rapides. Interne des hôpitaux en 1850, il conquit, en 1854, la médaille d'or de l'internat; en 1859, il était reçu médecin des hôpitaux, le premier de sa promotion. Après plusieurs années de stage au Bureau central, il fut, en 1865, nommé médecin de la Pitié, et, sauf une courte interruption à Lariboisière (1867), il ne quitta cet hôpital qu'en 1881 pour passer à l'Hôtel-Dieu.

C'est à la Pitié que Gallard inaugura cet enseignement de la gynécologie, qui lui valut une si grande notoriété, et qu'il se proposait d'étendre encore dans le nouvel amphithéâtre qu'on avait construit pour lui à l'Hôtel-Dieu. Les honneurs étaient venus le chercher, et une clientèle considérable occupait tous ses instants. Mais jamais il ne se désintéressa des questions d'un intérêt général, scientifique ou professionnel. Parfois même il s'y portait avec toute la fougue d'un tempérament ardent, ne calculant aucun risque, quand il s'agissait de ses convictions intimes. Est-il besoin de rappeler le retentissant procès que lui intentèrent les homœopathes pour un feuilleton publié en 1857 dans l'*Union médicale?* Amédée Latour et notre vénéré collègue Richelot furent impliqués dans ce procès qui se termina pour tous trois par un éclatant triomphe.

Intimement lié avec Amédée Latour, Gallard fut avec lui l'un des principaux fondateurs de l'Association générale des médecins de France, œuvre considérable, et qu'il a vu réussir au gré de ses espérances. Peut-être Gallard rêvait-il dans le domaine scientifique la même Association : ce qui me le fait penser, c'est qu'en 1875, quand il fut appelé à l'honneur de vous présider, il essaya de réaliser un projet, qui souvent déjà avait été mis en avant, celui de la fusion de la Société de médecine avec d'autres Sociétés médicales. La question fut longuement débattue; plusieurs d'entre vous prirent part à la discussion : l'Association, si utile et si praticable tant qu'on reste sur le terrain des intérêts moraux et professionnels, peut-on la réaliser avec le même avantage dans le domaine scientifique? Vous ne l'avez pas pensé. La Société ne voulut pas suivre son président, elle préféra garder son autonomie, rester fidèle à ses traditions, et la suite ne lui a pas donné tort.

C'est encore à Gallard qu'est due en grande partie la fondation de la Société de médecine légale, dont il resta jusqu'à sa mort le secrétaire général.

Vous l'aviez reçu parmi vous en 1867; son mémoire de candidature avait pour sujet

le *traitement du cancer de l'utérus*. Pour vous montrer quelle haute idée notre collègue se faisait du rôle du médecin, je ne puis mieux faire que de vous rappeler ces quelques lignes que j'extrais de son travail : « J'ai toujours considéré comme une insigne lâcheté « l'abandon d'un malade que l'on sait devoir prochainement succomber. Il faut, à mon « avis, que le médecin accepte jusqu'au bout son rôle d'abnégation et de dévouement, « et qu'il s'efforce au moins de consoler quand il ne peut plus ni guérir, ni même sou- « lager..... » Nobles paroles, et bien faites pour trouver de l'écho dans cette enceinte. Aussi bien, ce que Gallard savait être pour ses clients, ce que, sous son apparente rudesse, il savait mettre de cœur et de délicatesse, j'ai pu en juger dans des circonstances qui me touchaient de près; je lui en avais gardé une profonde reconnaissance, et je me serais reproché de n'en pas consigner ici le témoignage.

Après sa présidence, Gallard échangea son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire, et, à partir de cette époque, nous ne le vîmes plus à nos séances. Il y reparut, cependant, à une époque récente, alors que celui qui allait devenir son gendre fut notre premier lauréat du prix Duparcque.

Gallard est mort trop tôt pour les siens, prématurément emporté par un labeur excessif : son nom reste attaché à des œuvres grandes et utiles; c'en est assez pour honorer sa mémoire et la sauver de l'oubli.

Un autre de nos membres honoraires, Giraud-Teulon, s'est éteint dans les premiers jours de septembre. Reçu membre de la Société en 1862, il participa activement à ses travaux jusqu'en 1870, où il fut nommé membre honoraire. Dans cette période de huit années, il communiqua un grand nombre de mémoires ayant tous trait à la pathologie oculaire; car il s'était voué spécialement à l'étude des maladies de l'œil, et il y avait conquis une grande réputation. Giraud-Teulon avait un savoir encyclopédique; il sortait de l'Ecole polytechnique, mais, au lieu de suivre la carrière qui semblait toute tracée, il s'occupa des mathématiques, pour lesquelles il était passionné, puis de science sociale, et enfin, par une pente naturelle, il arriva aux sciences naturelles et à l'étude de la médecine. C'est celle-ci qui le fixa, et, sauf une courte incursion sur le terrain de la politique (en 1848), il lui resta fidèle jusqu'à la fin. Les travaux de Giraud-Teulon lui avaient attiré une grande et légitime notoriété; l'Académie de médecine lui avait ouvert ses portes. Mais Giraud-Teulon détestait le bruit, et il mettait à cacher sa vie autant de soin que d'autres en prennent pour se produire et se faire valoir. Il ne se livrait qu'à quelques amis choisis; ceux qui l'ont approché rendent hommage à ce qui le distinguait : un profond savoir, la noblesse et l'élévation des sentiments, une modestie exagérée peut-être, « le culte d'un idéal élevé auquel, comme l'a dit un de ses biographes, il aurait sans hésiter sacrifié toutes les situations sociales ».

Le docteur Lemoine, qui est mort récemment, avait été reçu membre titulaire en 1874, et pendant plusieurs années il avait suivi assidument nos séances. Mais un mal implacable le força bientôt de renoncer à la pratique de la médecine et de se retirer à la campagne, où il s'éteignit lentement : la vie ne lui a pas été douce, et la mort est venue comme une délivrance.

Enfin, Messieurs, il y a un mois à peine, nous accompagnions à sa dernière demeure l'un de nos anciens collègues, le docteur Ach. Foville. Reçu titulaire en 1869, pendant qu'il était médecin adjoint à Charenton, il dut, en 1872, quand il fut appelé à la direction de l'un des asiles de Rouen, changer son titre contre celui de membre correspondant. Il revint à Paris en 1880, comme inspecteur général du service des aliénés, et, assurément il aurait demandé à revenir parmi nous, si, comme il me le disait, ses occupations ne l'avaient absolument empêché d'assister à nos séances du samedi. Nous devons le regretter, car Foville était un esprit d'une rare distinction, chez qui un profond savoir s'alliait à un jugement prompt, à un esprit clair et précis. C'était, en outre, un homme d'une honnêteté scrupuleuse, d'une bonté inaltérable, qui, partout où il a passé, a laissé le souvenir de son action bienfaisante et désintéressée. Foville était le contemporain de Gallard : ils avaient été internes des hôpitaux à la même époque. Comme Gallard, il a succombé à une affection qui, depuis des mois, le minait sourdement, et que les fatigues d'une inspection qu'il ne voulut pas remettre aggravèrent

©BIU Santé

rapidement. Quand il revint à Paris, dans les premiers jours de décembre, Foville se savait frappé à mort : il vit approcher le terme fatal avec un courage qui pas un instant ne se démentit ; consolant les siens, dictant ses dernières volontés, laissant un souvenir à chacune des Associations dont il était l'un des dignitaires, et s'endormant du dernier sommeil avec la conscience de n'avoir jamais négligé de faire le bien qu'il pouvait faire.

Ce n'est jamais sans tristesse que l'on se sépare de collègues avec lesquels on a longtemps poursuivi la même tâche, mais c'est un plaisir de souhaiter la bienvenue aux membres nouveaux qui viennent combler nos vides. Les neuf membres titulaires que nous avons reçus cette année, MM. Auvard, Berne, Desnos, Doléris, Luc, Malibran, de Pezzer, Ruault et Trousseau, vous ont montré tout ce que vous avez à attendre d'eux, quelles habitudes laborieuses, quelles aptitudes variées, ils sauront mettre au service de notre société.

Il reste actuellement six places de titulaires vacantes ; il est à désirer qu'elles soient occupées et que nous arrivions à notre chiffre statutaire. A ceux qui veulent faire partie de notre Société, nous demandons une honorabilité sans tache, du zèle et de la bonne volonté. En échange, nous leur offrons la confraternité la plus cordiale et la plus accueillante, et des traditions d'honneur et de probité professionnelle auxquelles nous n'avons jamais failli.

CORRESPONDANCE

9 février 1888.

Monsieur le rédacteur en chef,

Dans le numéro de l'*Union médicale* du 9 février, M. le docteur E. Desnos émet l'opinion que le lavage de la vessie sans sonde peut déterminer des accidents graves. Or, j'ai fait jusqu'à présent dans divers hôpitaux de Paris le lavage de la vessie sans sonde chez 55 malades. Je n'ai jamais constaté le moindre accident. S'il en a été autrement chez les quatre malades dont parle M. Desnos, il n'y a pas de quoi s'en étonner. On n'a pas suivi rigoureusement les préceptes que j'ai formulés dans les *Archives générales de médecine*. De plus, on a fait le lavage de la vessie sans sonde chez un prostatique qui avait depuis longtemps franchi la première période. J'ai indiqué quelle était la conduite à tenir en pareille circonstance (Archives, numéro d'août).

Je terminerai en exprimant le regret que M. Desnos n'ait pas fait part de son travail à la Société de médecine pratique de Paris, dont nous sommes tous les deux membres. J'aurais pu ainsi lui répondre directement.

Agréez, etc. M. Lavaux, interne à l'hôpital Saint-Louis.

BIBLIOTHÈQUE

Œuvres complètes de Jean Méry, chirurgien de la Reine, chirurgien-major des Invalides, premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie des sciences, etc., réunies et publiées par le docteur L.-H. Petit. Paris, Félix Alcan, 1888.

Malgré tous ces titres et l'éclat qu'il a jeté sur les progrès de la science française à la fin du XVIIe siècle et au commencement du XVIIIe, Jean Méry est presque inconnu de nos jours pour que ses *œuvres*, disséminées dans 30 volumes de l'histoire de l'Académie des sciences, ne peuvent être que difficilement consultées.

La vie de l'auteur elle-même n'était qu'imparfaitement connue ; l'anatomiste avait été dépeint avec fidélité par Fontenelle, dans son *Eloge*, mais le chirurgien, surtout pendant son séjour comme élève à l'Hôtel-Dieu, était resté presque entièrement ignoré.

En fouillant les archives de l'Académie des sciences, et celles de l'Assistance publique

relatives à l'ancien Hôtel-Dieu, M. Petit a trouvé un grand nombre de documents inédits qui non seulement lui ont permis de combler bien des lacunes laissées dans les travaux de Jean Méry, mais encore de nous montrer sous ce savant un autre point de vue, celui de l'étudiant chirurgien, et de nous renseigner sur la durée de son séjour à l'Hôtel-Dieu, aux Invalides, etc.

On doit à Méry, comme anatomiste, la découverte des glandes bulbo-uréthrales, une description exacte de l'oreille, de la formation et de la chute des dents, de la circulation utéro-placentaire, des discussions importantes sur la circulation du sang chez le fœtus, la tortue, etc. Comme chirurgien, il était partisan du pansement à l'eau-de-vie et du pansement rare, il possédait des notions assez exactes sur l'influence des diathèses sur les blessures, il décrivit l'un des premiers l'emphysème consécutif aux fractures des côtes, la participation du péritoine aux hernies abdominales, la hernie de la vessie, la ponction sus-pubienne, un bon procédé pour la taille vaginale, l'emploi d'une canule à demeure dans le traitement de l'empyème suivi de fistule thoracique, etc.

M. le docteur Petit a donc bien mérité de la science française, dit M. le professeur Verneuil dans son *Introduction*, en vulgarisant l'œuvre d'un maître qu'on citait sans doute, mais qu'on ne connnissait pas assez.

REVUE DES JOURNAUX

De l'albuminurie et des lésions rénales consécutives aux injections d'albumine, par le docteur Paul Snyers. (*Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique*, 1887.) — L'auteur s'est proposé de contrôler les expériences de Semmola sur la pathogénie du mal de Bright. Il a injecté chez des chiens du blanc d'œuf délayé avec une petite quantité d'eau distillée. L'opération était faite à l'aide d'une seringue présentant une capacité double de la seringue ordinaire de Pravaz.

Les instruments étaient soigneusement désinfectés avant chaque expérience, la quantité d'albumine injectée a varié de 4 à 5 grammes par kilog. du poids de l'animal. Si l'on compare cette quantité avec celle rendue journellement dans les néphrites les plus graves, on voit que la dose injectée chez les chiens est incomparablement plus élevée. Les reins ont été examinés à l'état frais par congélation et après l'action de l'acide osmique, de l'alcool absolu, de la liqueur de Muller ou de l'eau bouillante.

Les injections continuées pendant trois, six, neuf, vingt-trois jours n'ont jamais produit de glomérulite. On a simplement constaté, en certains points, des coagula albumineux et un peu de diapédèse à l'intérieur de la capsule. Jamais il n'y a eu de dégénérescence graisseuse de l'épithélium.

Les conclusions de M. Snyers sont les suivantes :

1° La dyscrasie albumineuse, déterminée par les injections de blanc d'œuf, est tout à fait transitoire et cesse vingt-quatre heures après les injections. L'albumine que l'on constate dans l'urine n'est que le blanc d'œuf injecté. C'est une substance inutile qui traverse l'organisme et s'élimine naturellement par le rein sans produire de lésion ;

2° L'examen histologique des reins ne permet de constater aucune lésion de ces organes, même après que les injections ont duré trente jours ;

3° Le fait que les injections de blanc d'œuf ne déterminent qn'une albuminurie absolument transitoire et n'ont aucune action sur le parenchyme rénal, permet de formuler cette conclusion : les injections de blanc d'œuf sont incapables de produire, non seulement les lésions de la néphrite, mais même une albuminurie pathologique.

Nous tenons à faire remarquer que, comme le dit l'auteur lui-même, ces expériences contredisent absolument celles de Semmola qui, avec les injections sous-cutanées de blanc d'œuf, a pu déterminer l'ensemble du tableau symptomatique du mal de Bright.

P. C.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 8 février. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Des varices des nerfs chez les vieux variqueux. — Rapport sur l'action des eaux de Barèges dans la tuberculose osseuse. — Sur une variété particulière d'abcès froids consécutifs à la fièvre paludéenne grave. — Présentation de pièces pathologiques et de malade.

A l'occasion du procès-verbal, MM. Reclus, Desprès, Le Dentu échangent quelques observations sur le diagnostic des kystes hydatiques intra-musculaires.

— M. Reclus fait un rapport sur un travail de M. le docteur Grimaud, médecin aux eaux de Barèges, sur l'action des eaux de Barèges dans le traitement de la tuberculose osseuse. L'auteur de ce travail signale un certain nombre d'observations (40 environ) dans lesquelles le traitement minéral a paru exercer la meilleure influence sur la guérison complète et définitive de la tuberculose locale.

— M. Quénu fait une communication relative à l'existence de dilatations variqueuses dans les veines des nerfs chez les vieux variqueux.

Déjà l'existence des varices des veines des nerfs avait été soupçonnée, en particulier par Gendrin.

Depuis un certain temps, M. Quénu a fait de cette question l'objet de ses recherches. Sur 67 malades venus le consulter pour des douleurs existant sur le trajet des nerfs sciatiques, et dont un grand nombre ignoraient qu'ils étaient atteints de varices des membres inférieurs, M. Quénu a fait la remarque que les douleurs, plus ou moins vives, étaient généralement calmées, la nuit, par suite de la position horizontale. Dans un très grand nombre de cas, on provoquait la douleur par la pression sur divers points du membre, à la jambe, au creux poplité, à la cuisse, à la fesse; en outre, beaucoup de malades accusaient un sentiment de faiblesse dans les membres inférieurs, plus accentué du côté du membre où les varices étaient en plus grand nombre. Ils éprouvaient là une véritable diminution de la puissance musculaire.

Ces douleurs, d'ailleurs, ne sont pas intermittentes, comme dans les névralgies sciatiques proprement dites où l'on observe des accès parfois d'une violence extrême ; ces douleurs sont en général modérées, mais continues.

M. Verneuil, qui a appelé l'attention sur les douleurs éprouvées par les individus atteints de varices des membres inférieurs, douleurs augmentant par la marche, suppose qu'elles sont déterminées par la compression qu'exercent les veines variqueuses sur les nerfs placés à leur voisinage. Mais cette cause ne peut être invoquée que pour les cas où les veines variqueuses côtoient les nerfs, comme pour le nerf sciatique poplité externe. Ce mécanisme ne saurait s'appliquer à tous les faits dont il s'agit.

M. Quénu conclut que l'état variqueux des veines des membres finit par déterminer la dilatation variqueuse des veines des nerfs, une sorte de périphlébite de ces veines, à laquelle il faut rapporter l'explication des douleurs éprouvées par les malades.

Comme conséquence thérapeutique, M. Quénu conseille de faire porter d'emblée aux variqueux atteints de douleurs sciatiques, un bas lacé remontant jusqu'au pli de l'aine. Il a vu ce moyen réussir, dès le premier moment de son application chez des malades auxquels on avait déjà prescrit inutilement diverses médications, l'antipyrine, les liniments les plus variés, les vésicatoires, etc.

M. Berger pense que les douleurs chez les variqueux ne dépendent pas toujours des nerfs, mais qu'elles peuvent tenir à une sensibilité musculaire spéciale attribuable au mauvais état des muscles; d'où l'explication de l'impotence musculaire dont a parlé M. Quénu.

Quant aux bas élastiques conseillés, dans ces cas, comme moyen de traitement, M. Berger reconnaît leur utilité, à la condition de ne pas les faire remonter jusqu'à l'aine, ayant eu l'occasion d'observer maintes fois que la partie supérieure du bas s'en-

roule en corde dans le haut de la cuisse et y forme une bride circulaire qui gêne la circulation dans le membre.

M. Le Dentu ne saurait accepter sans réserve les conclusions que M. Quénu a cru pouvoir tirer de ses observations. Pour sa part, ayant eu l'occasion de faire des recherches sur ce sujet, M. Le Dentu n'a pas été frappé de ces dilatations variqueuses des veines des nerfs chez les vieux variqueux; d'autre part, il n'a pas observé non plus ces douleurs sciatiques dont parle M. Quénu.

M. Terrier est très disposé à accepter les conclusions de M. Quénu; en outre, aux faits observés par son collègue, il croit devoir ajouter les altérations ulcératives que l'on constate si souvent chez les vieux variqueux et qui, suivant M. Terrier, seraient dues à l'irritation des nerfs par les dilatations variqueuses.

— M. De Saboïa (de Rio-Janeiro), membre correspondant de la Société de chirurgie, lit un travail sur une variété particulière d'abcès froids qu'il a eu l'occasion d'observer, au Brésil, chez des individus ayant eu des fièvres intermittentes paludéennes graves. Ayant fait examiner au microscope le pus de ces abcès, il a constaté que ce liquide contenait des microbes du genre de ceux que les micrographes italiens ont décrits sous le nom de « microbes de la malaria ». Du reste, la production de l'abcès chez les malades n'a jamais été accompagnée d'élévation dans la température générale.

M. Lannelongue fait remarquer que la découverte du microbe de la malaria dans le liquide des abcès observés par M. De Saboïa, démontre l'existence d'une variété d'abcès froid, distincte de l'abcès tuberculeux; ce qui montre bien qu'il a eu raison d'adopter, il y a quelques années, le nom d'*abcès tuberculeux* ou *tuberculôme*, pour désigner les tumeurs liquides produites par le tubercule, et de repousser le nom banal et sans précision d'*abcès froid*.

M. Chauvel déclare qu'en Algérie, où il a séjourné pendant plusieurs années, il n'a amais eu l'occasion d'observer d'abcès froid à la suite de la fièvre intermittente grave. En outre, on ne connaît pas encore, dans la fièvre intermittente, un microbe défini. Les recherches de M. Laveran ne l'ont conduit, jusqu'à présent, à aucun résultat précis.

— M. Championnière place sous les yeux de ses collègues plusieurs pièces pathologiques provenant d'ablations de trompes et d'ovaires qu'il a pratiquées récemment, pour des cas de salpingites. Les opérées sont en voie de guérison.

— M. Th. Anger présente un jeune malade qu'il a opéré avec succès, par son procédé, d'un hypospadias périnéal.

— M. le docteur Jalaguier, chirurgien des hôpitaux, communique une observation de *castration pour un sarcome du testicule*, faite depuis trois ans, sans récidive.

— M. Routier, chirurgien des hôpitaux, met sous les yeux des membres de la Société de chirurgie des *grains de sebum*, provenant d'une grenouillette sublinguale.

— M. le docteur Picqué, chirurgien des hôpitaux, présente une pièce pathologique constituée par la hernie d'une anse intestinale, compliquée de hernie de la trompe de Fallope, du ligament large avec kyste et une portion d'épiploon. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 10 février 1888.

Sommaire : *A propos des usages de l'acide borique. — Hémoglobinurie au cours du rhumatisme articulaire aigu. — Coronarite ou artério-sclérose primitive du cœur.*

A propos de la communication faite dans la précédente séance par M. Gaucher sur l'emploi de l'acide borique dans la tuberculose et dans les cystites, M. Terrier a écrit à la Société médicale des hôpitaux une lettre dans laquelle il met, d'une part, en doute la légitimité des conclusions de l'auteur au sujet de l'action de cet antiseptique contre les

©BIU Santé

bacilles tuberculeux et, d'autre part, revendique la priorité de l'emploi de l'acide borique à l'intérieur contre certaines cystites, ainsi qu'en font foi les procès-verbaux de la Société de chirurgie. M. Terrier a d'ailleurs renoncé à cet emploi, dont il n'a pas tiré les bénéfices qu'il avait espérés d'abord.

M. Gaucher s'étonne des critiques et de la revendication de M. Terrier ; il n'a d'abord jamais prétendu que l'acide borique arrêtât la vitalité des bacilles tuberculeux, il a dit seulement que plusieurs tuberculeux, après avoir pris de l'acide borique à l'intérieur, avaient vu leur expectoration devenir plus fluide et moins fétide. En ce qui concerne l'emploi de l'acide borique dans les cystites, M. Gaucher, médecin, a cité des cas de sa pratique, où l'acide borique lui a donné de bons résultats, et n'avait pas à s'inquiéter de savoir si la Société de chirurgie avait été saisie antérieurement d'une communication analogue ; puisque M. Terrier, au contraire, n'en a pas obtenu de bons résultats et y a renoncé, pourquoi revendique-t-il cette priorité?

— M. Hayem a observé un cas d'hémoglobinurie au cours d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu. La malade, âgée de 37 ans, déjà atteinte de rhumatisme poly-articulaire apyrétique, et allaitant un septième enfant, dont elle était accouchée en mai 1887, fut prise au mois de décembre d'une franche attaque de rhumatisme aigu. Le deuxième jour, elle émettait des urines d'un rouge sanglant ; le sixième jour, transportée sur un brancard de Bicêtre à Saint-Antoine par un froid rigoureux, elle émet, en arrivant, des urines très rouges ayant tous les caractères de l'hémoglobinurie. Son rhumatisme fut très grave, accidenté d'un œdème considérable des mains et des avant-bras, d'une pneumonie et d'une péricardite, mais guérit complètement.

Les urines rouges du premier accès étaient couleur vin de Malaga, parfaitement transparentes, acides, présentant au spectroscope les bandes d'absorption caractéristiques de l'oxyhémoglobine, de la méthémoglobine et de l'urobiline. La coloration rouge était due non pas à du sang mêlé à l'urine, mais à de l'hémoglobine absolument dissoute. On ne trouvait, en effet, dans le dépôt, aucun globule rouge, pas même de stroma qui aurait pu y être le vestige d'hématies détruites, mais on trouvait des leucocytes et des cylindres épithéliaux attestant un certain degré de catarrhe des canalicules urinifères.

Les urines des jours suivants présentèrent la gamme descendante de colorations des moins en moins rouges qui s'observe à la suite de tous les accès d'hémoglobinurie.

Quand l'hémoglobine eut complètement disparu de l'urine, on y trouva encore quelque temps de l'albumine et des signes de catarrhe ; c'est là une différence avec ce qui se passe dans l'hémoglobinurie paroxystique telle qu'elle a été décrite jusqu'ici.

M. Hayem s'appuie sur le fait observé par lui pour combattre la théorie pathogénique proposée par les observateurs antérieurs, notamment Murri et Kustner. D'après ceux-ci, l'hémoglobinurie serait le résultat du rejet par les reins de l'hémoglobine mise en liberté dans le sérum sanguin par la destruction rapide d'un certain nombre d'hématies sous l'influence du refroidissement. Ces observateurs ont pu produire expérimentalement l'hémoglobinurie en provoquant l'hémoglobinémie, et ils ont trouvé dans le sérum des malades, pendant l'accès d'hémoglobinurie, plus d'hémoglobine que dans le sérum normal.

Mais pour produire l'hémoglobinurie expérimentale, il faut faire passer dans le sang une quantité considérable d'hémoglobine ; et M. Hayem, qui a fait aussi la recherche de l'hémoglobine dans le sérum sanguin pendant l'attaque d'hémoglobinurie, n'a pas trouvé l'excès d'hémoglobine signalé par ses prédécesseurs. Quant à la prétention d'expliquer la destruction des globules rouges dans le sang par l'action du froid, M. Hayem la déclare enfantine ; car, pour détruire expérimentalement les globules rouges dans le sang, il faut abaisser la température de celui-ci jusqu'à la congélation.

Pour M. Hayem, le processus pathogénique est tout différent ; c'est un processus rénal ; il n'y a pas d'altération primitive du sang, mais, dans le cas qu'il a observé, il y a eu une néphrite rhumatismale légère attestée par la persistance de l'albuminurie et des signes de catarrhe ; dans les accès d'hémoglobinurie, on ne peut invoquer une véritable néphrite, vu la brièveté et la fugacité des accidents ; mais il se passe sans doute

des poussées congestives sur l'appareil sécréteur du rein, et c'est toujours dans l'intimité de cet organe que s'accomplit la mise en liberté de l'hémoglobine.

M. Bucquoy se rappelle à ce propos un malade qu'il a observé il y a vingt ans, et qui présentait des urines noires ou rouges toutes les fois qu'il s'exposait, en hiver, au froid de la rue même pendant quelques minutes. C'était un arthritique, et, à cette époque, l'hémoglobinurie étant inconnue, M. Bucquoy l'avait considéré comme atteint d'accès d'hématurie *a frigore*. Il ne doute pas maintenant qu'il s'agissait d'hémoglobinurie paroxystique.

M. Robin a observé deux cas qui viennent à l'appui de l'observation de M. Hayem.

Dans l'un, au bout de quelques jours d'une attaque de rhumatisme, apparurent des urines rouges uniquement colorées par l'hémoglobine, puis une albuminurie considérable se montra en même temps que des globules rouges, des leucocytes et tous les signes d'une néphrite congestive. Dans un autre cas, après des prodromes rappelant ceux de la dothiénentérie, apparut une hémoglobinurie suivie bientôt d'une attaque de rhumatisme articulaire, et peu après l'urine contenait des globules rouges, des cylindres et de l'albumine.

Dans un des cas, l'examen du sérum sanguin n'y a pas fait trouver d'hémoglobine dissoute.

M. Robin accepte donc pleinement l'opinion de M. Hayem sur la nature rénale du processus pathogénique de l'hémoglobinurie. On pourrait admettre que l'hémoglobinurie e la néphrite congestive sont des formes cliniques différentes d'un même état morbide du rein.

M. Hayem croit qu'il est plus naturel de les considérer comme des degrés du même processus, le premier étant l'ébauche du second.

— M. Huchard et M. Weber ont observé un cas de coronarite primitive avec dilatation et atrophie partielle du cœur. Un homme de 42 ans était atteint depuis plusieurs années de dyspnée nocturne ou à l'occasion d'efforts, et éprouvait depuis quatre mois une sensation de barre épigastrique. Il fut longtemps considéré comme un simple emphysémateux lorsque M. Huchard diagnostiqua chez lui l'artério-sclérose du cœur d'après les symptômes suivants : dysprée d'efforts, attaques fréquentes de congestion pulmonaire, accès de pâleur de la face, inégalité des deux pouls radiaux, retentissement diastolique en coup de marteau au foyer aortique, légère élévation des sous-clavières. Bientôt survint une dilatation cardiaque considérable sans souffle et le malade succomba presque subitement.

Le diagnostic porté par M. Huchard fut vérifié à l'autopsie. Il existait une dilatation de toutes les cavités avec une dilatation et une atrophie partielle d'un point de la paroi antérieure du ventricule gauche correspondant à un rétrécissement et à l'oblitération d'un rameau des coronaires. L'intérêt de cette observation réside dans ce fait que, malgré des lésions athéromateuses multiples des coronaires et une sclérose dystrophique très avancée du myocarde, on n'a trouvé ni athérome aortique, ni sclérose d'aucun autre viscère, sauf quelques traces d'endartérite des vaisseaux bronchiques qui expliquaient un certain degré d'emphysème.

A propos de cette observation, M. Huchard rappelle la distinction sur laquelle il a souvent insisté entre les cardiopathies valvulaires et les cardiopathies vasculaires. Le diagnostic de cardiopathie artérielle repose sur les signes suivants : hypertension artérielle, retentissement diastolique de l'aorte, accès de congestion pulmonaire et dilatation aiguë du cœur, inégalité intermittente des pouls radiaux par spasmes artériels, dilatation de l'aorte, et accès de pseudo-asthme cardiaque avec sensations angineuses plus ou moins accusées ; il importe beaucoup de distingner ce pseudo-asthme cardiaque et le pseudo-asthme aortique ou artériel.

Enfin, cette observation montre que l'artério-sclérose du cœur peut être confondue avec l'emphysème pulmonaire.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le choléra a fait sa réapparition à Santiago. Au 21, 23 et 24 novembre on enregistrait successivement 18, 27 et 23 decès cholériques; l'épidémie s'est montrée aussi à Valparaiso et à Quilloto. (*Veræffentlichungen des K. Gesundheitsamtes*, 17 janvier.)—Ch. S.

COURRIER

Conseil de la Faculté. — 1° Il a été d'abord procédé au vote sur les candidatures à la chaire de pathologie expérimentale et comparée. La liste de présentation avait été ainsi dressée :

En *première ligne*, M. Straus ;

En *deuxième ligne*, M. Hanot.

M. Straus a été désigné en première ligne par 25 voix sur 25 votants et M. Hanot en deuxième ligne par 24 voix et un bulletin blanc.

2° M. le Doyen a ensuite entretenu le Conseil de l'incendie qui s'est déclaré mardi dernier, vers sept heures et demie du soir, dans le grand amphithéâtre des cours de la Faculté et en a détruit à peu près le tiers. Le feu a été occasionné par le calorifère dont les tuyaux passent sous l'amphithéâtre, tout près des poutres qui soutiennent les gradins des élèves. Cette disposition souverainement imprudente sera modifiée au cours des réparations qui ont lieu en ce moment, et qui, pense-t-on, seront menées assez rapidement pour que les cours puissent recommencer dans le grand amphithéâtre jeudi prochain, ou vendredi au plus tard.

M. le Doyen, en signalant cet incendie au recteur, lui a rappelé à nouveau les dangers que l'Ecole court de tous côtés, et notamment du côté du petit amphithéâtre et du laboratoire de M. Regnault, par le fait des conduites de gaz. Il a demandé au recteur, que sa responsabilité fût couverte par une commission d'ingénieurs ou par un inspecteur spécial chargé de recevoir les travaux livrés par l'architecte et de s'assurer que toutes les mesures étaient prises pour éviter des incendies à l'avenir.

3° Il a été arrêté que les vacances de Pâques commenceront le 25 mars et finiront le 8 avril. Comme d'habitude, les 13 et 14 février courants (jours gras), la Faculté sera fermée.

4° Les cours du semestre d'été commenceront le 15 mars.

5° Sur un rapport de M. le professeur Le Fort, la modification suivante dans le concours du prosectorat a été décidée à l'unanimité :

L'épreuve dite des pièces sèches sera supprimée et remplacée par une épreuve de dissection extemporanée. L'épreuve d'histologie et les autres épreuves sont maintenues telles quelles.

6° Le Conseil s'est occupé des difficultés et des inconvénients que peut présenter le remplacement momentané, souvent tout à fait imprévu, des titulaires des chaires *spéciales* par les agrégés qui, dans l'organisation actuelle, ne sont nullement tenus de s'être spécialisés à l'avance. Une commission a été nommée en vue d'étudier un système qui permettrait de combler cette lacune et d'avoir, en cas de besoin, des agrégés déjà préparés à tel ou tel enseignement *spécial*, au plus grand profit des élèves. Cette commission se compose de MM. Brouardel, Le Fort, Jaccoud, Grancher, Damaschino.

(*Bulletin médical*).

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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte**, **gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. POTAIN : Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright. — II. M. LUC : Observation de tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme. — III. Association générale des médecins de France. — IV. BIBLIOTHÈQUE : Dictionnaire de thérapeutique, de matière médicale, de pharmacologie, de toxicologie et des eaux minérales. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — VI. FORMULAIRE. — VII. NOUVELLES de l'étranger. — VIII. COURRIER. — IX. ANALYSE du Lait d'Arcy.

Clinique de la Charité. — M. le professeur POTAIN.

Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright.

Messieurs, la pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright, que nous allons étudier à propos d'un malade de notre service, est un des sujets qui ont été le plus discutés depuis les premiers travaux de l'illustre médecin anglais.

Il s'agit, en effet, d'établir sur une base solide les relations qui existent entre l'hypertrophie du cœur, le bruit de galop et l'élévation de la tension artérielle. C'est là une tâche des plus ardues, car il y a toujours dans l'économie un rapport nécessaire et réciproque entre les différents troubles qui se produisent et certaines influences sont renvoyées comme des balles d'un organe à l'autre. Dans la circulation, en particulier, quand un des éléments de l'acte est modifié, tous les autres sont touchés à un certain degré et il est fort difficile de mettre en évidence le point de départ de tous les accidents.

En tête des troubles circulatoires qui se produisent dans le mal de Bright, on peut placer l'augmentation de la tension artérielle qui y atteint un chiffre plus élevé que dans aucune autre maladie.

Trois hypothèses ont été proposés pour expliquer ce phénomène :

1° L'augmentation de l'énergie cardiaque ;

2° L'augmentation de la masse du sang ;

3° La résistance exagérée des vaisseaux périphériques.

Nous allons les discuter successivement.

Au premier abord il semble que l'augmentation de l'énergie du cœur soit capable, à elle seule, d'élever la tension, puisque c'est de l'organe central que part toute l'impulsion. Eh bien, il n'en est rien et, bien loin d'agir primitivement, le cœur se modifie secondairement.

Je dois citer à ce propos une expérience très intéressante de Marey : sur un cœur de tortue isolé qui peut battre fort longtemps quand on entretient la circulation dans les cavités, on modifie la résistance ou la charge du ventricule en élevant l'orifice d'écoulement du tube artériel. Dans ces conditions, l'intensité de l'énergie cardiaque s'adapte à la résistance jusqu'à un certain point où cette dernière dépasse la force que le cœur peut produire, alors la pression baisse et la contraction s'arrête. Dans cette expérience donc, et c'est là l'enseignement principal que l'on en peut tirer, le cœur s'est *adapté* et a suivi la résistance que lui opposait le sang ; il s'est adapté spontanément, indépendamment des réflexes, et à plus forte raison le fera-t-il lorsque ces derniers entreront en jeu.

Je ne connais pas un seul exemple de maladie dans laquelle une augmentation de tension artérielle soit sous la dépendance d'une augmentation d'énergie du cœur comme cause primitive. Quand l'organe central s'hyper-

©BIU Santé

trophie, c'est qu'il y a un accroissement de résistance soit à l'intérieur, affection des orifices, soit à l'extérieur, perte de l'élasticité artérielle.

On connaît des affections où il y a pendant longtemps, comme tout trouble circulatoire, une exagération de l'action du cœur et on peut citer comme exemple les palpitations des nerveux : cependant on n'observe pas chez ces malades d'élévation de la tension. Nous avons dans notre service un amputé du bras gauche qui, à la suite de développement de névromes du moignon, a présenté à plusieurs reprises une hypertrophie passagère du ventricule gauche : jamais chez lui il n'y a eu d'augmentation de tension.

Enfin, dernier argument, l'élévation de la pression artérielle, dans le mal de Bright, se manifeste dès le début de la maladie bien avant qu'apparaisse l'hypertrophie cardiaque.

Après tout cela, messieurs, il me semble prouvé que l'on peut dire, d'une façon absolue, que jamais l'augmentation de la pression dans les artères ne résulte d'une hypertrophie primitive du cœur.

Si, malgré tout, on veut supposer que le ventricule puisse augmenter son action, le reste du système ne se modifiant pas, la circulation périphérique augmentera et on aura l'apparence de la pléthore. Chez les brightiques, au contraire, le teint est pâle et l'aspect général anémique.

Donc, par quelque côté que l'on envisage la question, rien n'autorise à dire que l'augmentation de la tension puisse jamais être le résultat de l'exagération de l'action du cœur.

Examinons maintenant la deuxième hypothèse d'après laquelle l'augmentation de la tension résulterait de l'accroissement de la masse du sang, tenant elle-même à l'insuffisance de la sécrétion rénale.

Cette théorie, disons-le de suite, est passible de nombreuses objections. En premier lieu, la mesure de la masse du sang est très difficile en physiologie expérimentale et peut être regardée, à cause des nombreuses difficultés de l'expérience, comme impossible chez l'homme. Les faits cliniques, ensuite, déposent contre l'hypothèse. Je veux bien qu'il y ait pléthore, mais où est le sang qui existe en trop? Il n'est pas, si nous prenons l'exemple de notre malade, il n'est pas, dis-je, dans les veines, qui sont fort peu développées; il n'est pas dans les artères qui sont petites ; il n'est pas dans l'aorte qui ne présente aucune dilatation; il n'est pas dans les capillaires; donc ce trop plein hypothétique n'est nulle part, donc il n'existe pas.

Il faut de grandes diminutions dans la masse du sang pour que l'on puisse constater un abaissement notable de la pression, et cela s'explique par l'adaptation des différentes parties du système circulatoire ; chez l'homme il faut ôter 600, 800 grammes et même 1 kilogramme de sang pour que la pression diminue. Est-il donc admissible, puisque de si grandes modifications dans la masse sont nécessaires pour diminuer la tension, qu'un accroissement de cette masse impossible à mettre en évidence puisse l'augmenter dans des proportions considérables ?

Il est enfin un fait clinique qui achève de renverser la théorie que je combats. Chez les brightiques, la quantité de l'urine ne diminue pas quand la pression augmente, bien au contraire; et, habituellement, on n'observe l'oligurie que quand la tension s'abaisse.

Reste la troisième hypothèse qui rattache l'augmentation de tension à la résistance exagérée des vaisseaux périphériques.

L'influence de la contraction des petits vaisseaux est démontrée par les physiciens, les physiologistes et les médecins, il est donc inutile d'y insister

beaucoup. Plus le rétrécissement des vaisseaux est considérable, plus la tension s'élève?

Où se fait la résistance chez le brightique? On l'a localisée dans les artères qui ont augmenté d'épaisseur et sont plus dures. On peut répondre à cela qu'il ne manque pas de sujets qui ont les artères dures, et qui cependant, chez eux, la tension augmente peu. C'est ainsi qu'à Bicêtre, où j'ai fait des recherches, je n'ai trouvé qu'une faible augmentation, 1 centimètre à 1 centimètre 1/2, tandis que, chez les brightiques, on constate souvent 10 centimètres.

On ne peut chercher la résistance dans les veines; car une obstruction veineuse s'accompagnerait de stases et d'autres phénomènes bien connus.

Il faut donc placer l'obstacle dans les capillaires. Cela explique comment, malgré la haute tension dans les artères, la circulation dans les petits vaisseaux est réduite, ce qui produit l'aspect anémique.

Maintenant, quels sont les capillaires atteints? On a naturellement pensé d'abord au rein, dont les petits vaisseaux atrophiés seraient cause de tout le mal (Traube). Les vaisseaux du rein jouent un rôle, cela est vrai, mais ce rôle est loin d'être assez considérable pour expliquer tons les phénomènes. En effet, en liant l'artère rénale, on ne provoque pas une hypertrophie du cœur; il faut lier l'aorte elle-même soit, complètement, au-dessous des rénales, soit, incomplètement, à son origine, pour donner lieu à cet effet secondaire. La ligature des rénales, la néphrectomie n'ont pas entraîné d'augmentation de la tension artérielle. Enfin, si telle était la cause exclusive de l'augmentation de pression, le reste des capillaires ne se défendant pas, il y aurait exagération de la circulation périphérique. On observe précisément le contraire; donc, les capillaires périphériques se défendent, et il nous reste maintenant à rechercher comment.

On a supposé (Bright) que la résistance dans les capillaires dépendait de l'altération du sang qui aurait moins de *pénétrabilité*, si je puis m'exprimer ainsi. C'est là une théorie séduisante que j'ai tenté de contrôler en me servant, pour cela, d'appareils analogues à ceux de Poiseulles que vous connaissez tous.

J'ai cherché par addition d'urée, d'acide urique, d'extractifs, si je pouvais retarder le cours du sang; eh bien! il est vrai que j'ai obtenu un retard, mais il est si petit qu'il ne dépasse pas celui que peut entraîner une augmentation légère du nombre des globules par millimètre cube. On ne peut donc guère admettre qu'un si petit ralentissement de la circulation ait de si grandes conséquences. Cet élément peut cependant entrer pour quelque chose dans la filiation des phénomènes. En effet, si l'addition d'urée au sang n'entraîne d'abord que peu de modifications, avec le temps, au bout de vingt-quatre heures, par exemple, son influence augmente beaucoup. Mais ce sont là des conditions expérimentales très spéciales, qu'il est fort difficile de comparer avec ce qui se passe dans l'économie.

Il faut forcément admettre une altération des capillaires eux-mêmes, qu'il y ait modification de leur constitution ou de leur activité vitale. L'altération de la structure a été constatée bien des fois, et les uns ont admis une simple hypertrophie des éléments contractiles des petits vaisseaux, tandis que d'autres décrivaient la transformation fibreuse des parois musculaires, transformation bien connue, depuis les travaux de Gull et de Sutton, sous le nom d'*arterio-capillary fibrosis;* toutes ces lésions ayant du reste pour résultat de rétrécir la lumière des vaisseaux.

©BIU Santé

Mais pourquoi la tension est-elle augmentée dès le début de la maladie, dès qu'il y a des troubles généraux, chez un scarlatineux qui va être pris pour exemple? On ne peut pourtant pas, à ce moment, invoquer une altération anatomique des parois des vaisseaux. C'est que, Messieurs, il peut alors exister un spasme pur et simple qui suffit par constituer un obstacle considérable. Comment se produit-il dans la néphrite interstitielle et manque-t-il dans les autres variétés? Je n'en sais rien, mais le fait en lui-même est incontestable.

Bright, auquel il faut toujours revenir quand on étudie la pathologie rénale, supposait que les vaisseaux se trouvent irrités par un sang mal dépuré. Cette irritation est admissible, mais il est impossible de le démontrer. Ne peut-on donc pas invoquer, en outre de cette irritation hypothétique, une contracture par action réflexe partant du rein?

On peut appuyer cette hypothèse sur ce fait bien constaté que le rein est le point de départ certain de réflexes allant à la périphérie. C'est ainsi que j'ai montré que, dans la lésion unilatérale d'un rein, il se produit parfois une anasarque unilatérale. On peut donc admettre que, dans d'autres cas, il y a réflexe produisant non plus l'œdème, mais la contracture vasculaire et l'ischémie périphérique. Pour le prouver complètement, il faudrait un cas de néphrite interstitielle unilatérale et malheureusement je ne l'ai jamais rencontré.

Le résultat des expériences appuie l'hypothèse d'une action réflexe. Quand on recherche les résultats obtenus par les physiologistes qui ont voulu vérifier l'opinion de Traube sur les conséquences de la suppression de la circulation rénale, on voit qu'ils sont très discordants, ce qui tient aux circonstances différentes dans lesquelles ces savants ont opéré. Les uns (Alexander, Rosenstein, etc.), ont cherché inutilement à provoquer l'hypertrophie cardiaque et l'augmentation de tension vasculaire, en faisant la néphrotomie ou la ligature des artères rénales. D'autres, ou bien ont seulement rétréci l'artère nourricière du rein, ou bien (Strauss) ont lié l'uretère et, dans ces conditions expérimentales, ont réalisé une affection rénale entraînant l'exagération de la pression et l'hypertrophie du cœur. Cette différence dans les effets d'expériences que l'on pourrait regarder comme comparables, tient à ce que, dans les secondes, on laisse le rein vivre pathologiquement et donner naissance à des réflexes qui agissent probablement à la fois sur le cœur et sur la circulation périphérique.

Pourquoi ces réflexes se produisent-ils dans la néphrite interstitielle et manquent-ils dans la néphrite catarrhale : c'est là une question obscure à laquelle il est pour le moment impossible de donner une réponse satisfaisante. (*A suivre.*)

Observation de tuberculose laryngée guérie par l'emploi répété de l'acide lactique et de l'iodoforme,

Lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 24 décembre 1887

Par le docteur M. Luc, ancien interne des hôpitaux.

Dès les premières publications de Krause (de Berlin) et d'Heryng (de Varsovie) sur l'efficacité du traitement local des ulcérations tuberculeuses du larynx par l'acide lactique nous avions cherché à nous faire, nous-même, une idée des effets de cette médication, en l'appliquant à plusieurs

de nos malades, mais la pusillanimité des uns, l'irrégularité des autres, nous avaient empêché de poursuivre ces recherches avec des chances suffisantes de réussite, le succès ne pouvant être espéré qu'aux prix d'une longue persévérance de la part du malade et du médecin.

Sur ces entrefaites, un de nos amis, le docteur Carron de la Carrière, adressa à notre dispensaire une jeune femme atteinte d'une tuberculose laryngo-pulmonaire déjà avancée, mais résolue à se prêter à tout ce qu'on exigerait d'elle, pour obtenir quelque amélioration de son état. Cette malade qui, malgré la gravité de son affection, n'avait cessé de soutenir sa mère infirme et âgée, en remplissant les fonctions pénibles de demoiselle de magasin, nous inspirait un vif intérêt, et nous résolûmes de tenter chez elle les effets de la méthode d'Heryng et de la poursuivre avec toute l'énergie possible.

Il fut donc convenu que la malade, qui n'était libre que le soir, viendrait presque tous les jours, après son travail, se soumettre à notre traitement.

Lorsque nous la vîmes pour la première fois (février 1887), elle faisait déjà remonter sa maladie à plus de deux ans, et comme elle ne comptait aucun antécédent tuberculeux dans sa famille, force était d'attribuer l'origine de son affection aux fatigues et aux privations nombreuses qu'elle avait dû s'imposer, depuis plusieurs années.

Voici dans quel état elle se présenta à nous, à cette époque :

La malade, amaigrie et affaiblie, éprouve la plus grande peine à remplir son emploi. La moindre fatigue provoque de l'essoufflement et exagère le cornage qui existe d'ailleurs chez elle d'une façon continue. Elle a, le soir, un mouvement fébrile aboutissant à des sueurs profuses.

La voix est presque complètement éteinte.

La malade tousse jour et nuit et expectore des crachats abondants dans lesquels l'examen pratiqué par notre ami, le docteur Ledoux-Lebard, révèle la présence de bacilles en grand nombre. Le sommet du poumon gauche est le siège de lésions déjà avancées (matité, craquements humides).

L'examen laryngoscopique nous révèle les particularités suivantes :

L'épiglotte est peu modifiée.

Les cordes vocales sont rouges, gonflées et ne peuvent se rapprocher complètement; ce dernier effet paraît être mécaniquement produit par une infiltration considérable de la muqueuse aryténoïdienne recouverte de masses végétantes qui proéminent dans la glotte.

L'appétit est languissant, mais la déglutition est possible. La malade se plaint de vives douleurs laryngées, pendant la toux et les effort de parole.

Après avoir prescrit à la malade quelques jours de repos, qui sont employés à pratiquer des inhalations de vapeurs médicamenteuses, nous anesthésions la cavité laryngée au moyen d'un badigeonnage avec une solution de chlorhydrate de cocaïne à 1/5e, et, n'ayant pu nous procurer à Paris la curette recommandée par Heryng, nous nous servons du galvano-cautère pour détruire les végétations pré-aryténoïdiennes.

Cette opération donne lieu, pendant toute la semaine suivante, à de vives douleurs.

Au bout d'une quinzaine de jours, les eschares étant tombées, nous avons la satisfaction de constater que l'infiltration de la muqueuse a sensiblement diminué et qu'il existe, à ce niveau, une surface saillante, granuleuse, de meilleur aspect. Les cordes se rapprochent mieux et la malade peut émettre des sons plus étendus.

©BIU Santé

A partir de ce moment (mars) jusqu'au mois d'octobre, sauf quelques semaines d'interruption forcée, nécessitée par un voyage, le larynx est badigeonné au moyen d'un pinceau trempé dans une solution d'acide lactique à 50/100, puis rempli, par insufflation, d'iodoforme porphyrisé.

Sous l'influence de ce traitement, continué avec persévérance et supporté courageusement par la malade, nous sommes parvenu progressivement aux résultats suivants :

Mlle Pr... a une voix presque normale. Elle peut parler longtemps sans fatigue. Le cornage a disparu complètement, ainsi que les douleurs laryngées. L'expectoration a diminué, et la toux a disparu complètement la nuit.

Le larynx présente un aspect, à peu de chose près, normal. Les cordes sont blanches, arrivent au contact. L'infiltration aryténoïde n'est plus représentée que par une légère élevure grisâtre, d'aspect cicatriciel.

Le docteur Heryng, qui était dernièrement de passage à Paris, nous ayant fait l'honneur de visiter notre clinique, nous avons eu la satisfaction de lui faire examiner le larynx de cette malade. Il a considéré les lésions laryngées comme absolument cicatrisées et a paru heureux de cette nouvelle sanction donnée à sa méthode.

Néanmoins, au point de vue de la tuberculose, notre malade n'est pas guérie. Les lésions du sommet gauche persistent et les crachats renferment toujours des bacilles; mais si nous envisageons les modifications considérables apportées, non seulement dans l'état local, mais aussi dans l'état général de la malade, par le traitement local de la maladie laryngée, si nous considérons que les souffrances du phthisique *pulmonaire* ne sont rien en comparaison de celles qu'endure le phthisique *laryngé*, nous pensons, quel que soit l'avenir réservé à notre malade, que nous pouvons nous féliciter de lui avoir rendu service et qu'il y a là un encouragement à combattre énergiquement sur place la tuberculose dans le larynx sans se laisser désarmer par l'impossibilité de la poursuivre dans le tissu du poumon.

Association générale des médecins de France.

SOCIÉTÉ LOCALE DE SAINT-QUENTIN, SÉANCE DU 1er DÉCEMBRE 1887.

M. le docteur docteur Surmay a fait, dans les termes suivants, une proposition qui nous paraît très heureuse, relative à l'échange des Bulletins entre les Sociétés locales.

Messieurs, avant d'avoir l'honneur d'être votre président, je croyais que les Sociétés locales faisaient entre elles l'échange de leurs Bulletins. Je me trompais, car, depuis que vous m'avez confié la direction de notre Compagnie jusqu'aujourd'hui, j'ai reçu en tout seize Bulletins. L'échange ne se fait donc pas. Les Sociétés locales restent isolées, elles n'ont entre elles aucune communication régulière; on peut presque dire qu'elles s'ignorent. Si vous ajoutez à cela que la plupart des membres de l'Association générale des médecins de France ne reçoivent pas l'Annuaire et ne le connaissent pas, vous comprendrez que ces membres, véritablement étrangers à l'Association dont ils font partie, ne se rendent aucun compte de ce qu'elle fait et de ce qu'elle peut faire. Ils ne la connaissent que par l'assistance qu'elle leur donne quand ils sont tombés dans l'infortune et qu'ils ont recours à elle. Comment s'étonner dès lors si l'on entend injustement reprocher à l'Association de rester au-dessous de sa tâche, de manquer à sa devise d'assistance, de moralisation, de protection? Comment s'étonner aussi de l'indifférence

des médecins vis-à-vis d'elle et vis-à-vis d'eux-mêmes? Heureux encore quand au lieu de l'indifférence ce n'est pas l'hostilité qu'il faut déplorer?

Dans de telles conditions, il est impossible au corps médical de fonder la solidarité qu'il réclame pourtant à grands cris; il est impossible qu'il se crée dans cette profession un courant d'opinion, un esprit de corps qui lui serait si utile, qui contribuerait tant à lui procurer la considération et la force qu'elle devrait avoir. Isolées sont les Sociétés locales, isolés sont les médecins.

Poussé par cette pensée, j'ai, en mon nom personnel, proposé, il y a quelques années, à l'assemblée générale de Paris, d'ajouter aux statuts de l'Association générale des médecins de France un article imposant aux Sociétés locales, la distribution gratuite de l'Annuaire à tous leurs associés, ainsi que nous l'avons toujours fait à Saint-Quentin. Dans ces termes, ma proposition n'a pas été adoptée, mais elle a donné lieu à une circulaire du Conseil général invitant les Sociétés locales à faire cette distribution. Je ne puis dire quel a été l'effet de cette circulaire, mais j'ai bien peur qu'à l'heure qu'il est, ma proposition ne soit encore de saison.

Pour aujourd'hui, messieurs, j'ai l'honneur de vous proposer :

1° Que notre Société envoie régulièrement, chaque année, son Bulletin à toutes les Sociétés locales. C'est rendre obligatoire pour nous ce qui n'a été jusqu'ici que falcultatif;

2° Que notre Société émette le vœu que l'Association générale des médecins de France ajoute à ses statuts un article imposant aux Sociétés locales l'échange obligatoire de leurs bulletins.

Ces deux propositions sont adoptées, et le vœu de la Société locale de Saint-Quentin sera porté à la prochaine assemblée générale de Paris.

BIBLIOTHÈQUE

DICTIONNAIRE DE THÉRAPEUTIQUE, DE MATIÈRE MÉDICALE, DE PHARMACOLOGIE, DE TOXICOLOGIE, ET DES EAUX MINÉRALES, par DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine, avec la collaboration de MM. DEBIERRE, EGASSE, HÉTET, JAILLET, MACQUARIE; docteur G. BARDET, secrétaire de la rédaction. — Paris, Octave Doin, éditeur.

Dans cette publication, où à l'incontestable utilité se joint le mérite d'une bonne exécution, notre savant confrère nous donne « l'histoire naturelle, les propriétés physiologiques et thérapeutiques de tous les agents médicamenteux que l'on peut utiliser dans la cure des maladies ». On voit qu'il s'adresse particulièrement aux médecins qui sont engagés dans la médecine militante; pour eux, comme il le dit, il fait l'inventaire de notre « arsenal thérapeutique », un inventaire raisonné.

La thérapeutique a un vaste champ de recherches; elle s'adresse à presque toutes les branches des connaissances humaines. Et d'abord, elle met à contribution la physique et la chimie; et nous trouvons, comme échantillons, dans le livre qui nous occupe, un remarquable compendium d'ÉLECTRICITÉ physiologique et thérapeutique, avec les procédés d'application et d'excellents dessins *explicateurs*; puis, l'AMMONIAQUE étudiée chimiquement et pharmacologiquement, avec ses composés, ses usages et une multitude de formules. Si nous citons ces deux articles, c'est parce qu'ils nous donnent une suffisante idée du mode d'exposition de l'auteur, qui n'a négligé aucun détail utile. Citons encore l'article CHALEUR plein d'enseignements.

La nature vivante est également riche en médicaments, que l'auteur nous expose avec les divisions suivantes : histoire naturelle, matière médicale, pharmacologie, chimie, falsifications, propriétés physiologiques, usages, formules, toxicologie. Le nombre en est considérable. Il faut citer à part l'article CURARE, dont l'histoire complète avec son emploi thérapeutique et le traitement de son empoisonnement ne peuvent manquer d'intéresser.

Les eaux minérales, qui font une partie importante de la thérapeutique, sont traitées largement et consciencieusement, ainsi que les stations de bains de mer, et les stations

©BIU Santé

hivernales. De là à l'hydrothérapie, aux bains médicamenteux et à la question de l'absorption cutanée, il n'y a qu'un pas. On lira avec avantage l'historique de l'hydrothérapie, ses indications, ses contre-indications et l'énumération des maladies qui y ressortissent; puis, l'aérothérapie.

Les diverses classes de médicaments sont exposées avec tous les détails nécessaires : abortifs, absorbants, altérants, analeptiques, anesthésiques, etc., suivis chacun de leurs propriétés physiologiques et thérapeutiques.

L'ALIMENTATION, l'ALIMENT ont donné lieu à des articles d'une grande valeur : LAIT, très détaillé et très pratique; EAU, abondant en faits chimiques, hygiéniques, etc.; CHOCOLAT, préparation, usages ; ALBUMINE, étudiée comme médicament et comme aliment; AMIDON, avec diverses formules.

Toute la thérapeutique n'est pas renfermée dans la matière médicale; il y a aussi certaines pratiques, comme l'acupuncture, le lavage de l'estomac, de la vessie, de l'utérus, des fosses nasales, etc., qui ont donné lieu à des articles intéressants, notamment ceux relatifs aux lavages ci-dessus et où l'auteur donne la technique du procédé opératoire, et fait connaître les liquides employés. Car le dictionnaire de M. Dujardin-Beaumetz s'attache, en général, à venir en aide au praticien, par exemple, en exposant, non seulement les propriétés et l'emploi des médicaments, mais encore le mode d'administration et les doses.

L'auteur insiste avec raison sur ce point, que « la thérapeutique a fait de nos jours autant de progrès que les autres parties de la science médicale ». Aussi a-t-il enregistré avec soin les acquisitions récentes de l'art de guérir, parmi lesquelles ses travaux personnels occupent un beau rang, sans rien négliger des acquisitions antérieures, persuadé que les choses connues, bien résumées et bien exposées, sont généralement aussi utiles, quelquefois même plus utiles pour le praticien, que les choses nouvelles.

En signalant le dictionnaire de M. Dujardin-Beaumetz, qui offre dans le nom de son auteur une véritable garantie, l'*Union médicale* remplit une des missions les plus importantes du journalisme, celle de renseigner ses lecteurs sur les publications qui peuvent le mieux les servir. — G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 février 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Pitres (de Bordeaux) et Wannebroucq (de (Lille), récemment élus correspondants de l'Académie ;

2° Une lettre de candidature de M. Brame, pour la section de physique et de chimie;

3° Un pli cacheté, adressé par M. le docteur Lengrand (de Lille), relatif à un appareil obstétrical d'un nouveau genre;

4° Un rapport de M. Bordas, sur une mission scientifique aux îles Séchelles, Comores, etc.

— M. BROUARDEL présente : 1° de la part de M. le docteur Pampoukis, une brochure intitulée : *Etude clinique et bactériologique sur les fièvres palustres de la Grèce;*

2° De la part de M. le docteur Bournet, une brochure intitulée : *Une mission en Corse, notes d'anthropologie criminelle.*

M. PROUST présente, de la part de M. le docteur Deshayes, un opuscule intitulé : *Guide de l'hygiéniste à Rouen; études sur la mortalité et l'assainissement.*

M. VERNEUIL dépose : 1° une note de M. le docteur Fontan, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon, sur le traitement des ulcères phagédéniques par les pulvérisations phéniquées;

2° Une très belle observation de M. le docteur Dubroué, correspondant à Pau, d'anthrax grave de la face, traité et guéri par les pulvérisations phéniquées.

Enfin, M. Verneuil annonce qu'il a reçu d'un grand nombre de médecins ou chirurgiens de France, une foule de documents relatifs à la question du traitement des furoncles et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées. Il utilisera ces divers travaux dans une nouvelle communication qu'il se propose de faire à l'Académie sur ce sujet.

— M. Vidal demande la parole à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance et de la présentation faite par M. Dujardin-Beaumetz, d'une note de M. le docteur Galippe, revendiquant la priorité de l'emploi du chlorure d'éthyle liquide comme agent anesthésique local. M. Vidal fait remarquer d'abord que le pli cacheté déposé par M. Galippe à la Société de biologie, n'ayant été ouvert que le 4 février 1888, M. le docteur Bailly (de Chambly) ne pouvait pas avoir connaissance de ce procédé lorsqu'il a communiqué son travail à l'Académie. D'autre part, M. Galippe, ainsi qu'il résulte des termes de son pli cacheté, n'a pas employé le chlorure d'éthyle pur, mais mélangé avec l'éther.

Enfin, M. Galippe attribue au chlorure d'éthyle une action hémostatique. Ce serait le contraire, d'après M. Vidal, attendu qu'à l'action réfrigérante primitive du chlorure d'éthyle succède une réaction congestive qui tendrait à favoriser les hémorrhagies.

— M. Hardy présente, au nom de M. le docteur Albert Josias, la relation d'une épidémie de choléra observée en 1884 dans les prisons de Paris. La mortalité dans cette épidémie a été faible, de 37 p. 100 seulement. Le traitement a consisté dans l'emploi de l'acide thymique en solution au millième.

— Sur l'invitation de M. le Président, M. Bergeron, secrétaire perpétuel, donne lecture du discours qu'il a prononcé, au nom de l'Académie, à la cérémonie de l'inauguration du buste de Béclard. Cette lecture est accueillie par des applaudissements unanimes.

— M. le Président rappelle que, dans la présentation faite dans la dernière séance, par M. Brouardel, d'une brochure intitulée : *Les eaux potables à Vienne et la fièvre typhoïde*, M. Brouardel a émis le vœu que l'Académie s'occupât de la question des eaux potables à Paris, en vue de chercher à obtenir l'extinction de la fièvre typhoïde dans la capitale de la France par le même moyen qui a si bien réussi à la capitale de l'Autriche.

M. le Président fait remarquer que l'heure est propice pour cette question au sujet de laquelle plusieurs projets sont à l'étude. Il propose donc la nomination d'une commission qui serait chargée de présenter un rapport à l'Académie et, en attendant, il consulte l'Académie sur l'opportunité de renvoyer la proposition à la Commission d'hygiène. (Adopté.)

— M. François-Franck donne lecture d'un rapport sur un travail de MM. Henriot et Ch. Richet, intitulé : *Etude de la variation des échanges respiratoires avec la ventilation pulmonaire et sous l'influence du sommeil.* Le procédé employé pour cette recherche consiste à faire traverser à l'air inspiré un premier compteur à gaz; l'air expiré en traverse un second au sortir duquel il est mis en contact avec une pluie de potasse dans un appareil approprié; il passe enfin dans un troisième compteur. La différence entre les indications du premier et du dernier compteur correspond à la quantité d'oxygène absorbé; la différence entre les indications du second et du troisième compteur fournit la mesure de l'acide carbonique produit. Suivant le cas, on dresse les courbes comparatives de l'absorption d'oxygène et de la production d'acide carbonique d'après la simple lecture des indications fournies par les appareils, ou bien on transforme les appareils en enregistreurs automatiques.

Le travail de MM. Henriot et Ch. Richet devant être suivi d'une prochaine communication sur les variations des échanges respiratoires dans leurs rapports avec les diverses alimentations, nous reviendrons sur l'ensemble de cette étude intéressante.

— M. Ball donne lecture d'une *Note sur l'intoxication par l'antipyrine*, par le docteur Oscar Jennings. Ce travail renferme six observations desquelles il résulte que l'antipy-

©BIU Santé

rine, employée même à dose très modérée, peut être suivie de phénomènes plus ou moins sérieux : troubles vaso-moteurs intéressant la peau et les muqueuses, tels que démangeaisons, éruptions diverses ou *rash*, sueurs, troubles gastriques, nausées, vomissements, douleurs plus ou moins vives, enfin trouble profond des centres nerveux se traduisant par une réfrigération et un engourdissement plus ou moins intenses.

M. Germain Sée a vu des éruptions érythémateuses survenir une demi-heure ou une heure après l'administration de l'antipyrine à la dose de 50 centigrammes ; mais c'est là un fait exceptionnel. Il est commun, au contraire, de voir des éruptions se produire à la suite de l'ingestion, pendant quelques jours, de 3 à 4 grammes d'antipyrine par jour. Ce phénomène s'observe, une fois sur 12 ou 15 cas, chez les femmes. On est obligé alors de suspendre l'usage du médicament pendant un temps plus ou moins long, car, si l'on reprend trop tôt son emploi, on voit, même à la dose de 1 gramme, le *rash* se reproduire.

Chez les hommes, il n'en est pas de même ; c'est à peine si on voit le *rash* survenir une fois sur 50 cas. Généralement, au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, tout est terminé. Ces phénomènes, d'ailleurs, ne se manifestent guère que chez des individus qui abusent du médicament, comme on le voit trop souvent chez les gens du monde. Mais, dans tous les cas, les effets observés ne méritent jamais le nom d'empoisonnement, pas plus que les accidents qui peuvent survenir à la suite de l'administration du sulfate de quinine ou de l'iodure de potassium.

En résumé, les accidents signalés par l'emploi de l'antipyrine sont extrêmement rares ; ils ne surviennent guère que lorsqu'on a donné le médicament à doses plus ou moins considérables pendant huit, dix, douze ou quinze jours ; ils se manifestent une fois sur 12 ou 15 cas chez les femmes, une fois sur 50, chez les hommes ; ils sont, d'ailleurs, insignifiants, et l'on n'a, pour les faire cesser, qu'à suspendre l'emploi du médicament, auquel on peut substituer l'acétanilide ou antifébrine.

M. Dujardin-Beaumetz partage entièrement l'opinion exprimée par M. Germain Sée, relativement à l'innocuité de l'antipyrine. Depuis qu'il fait usage de cette substance, il n'a vu le *rash* survenir qu'exceptionnellement. Par contre, il a observé assez fréquemment des troubles du côté des voies digestives, chez les individus soumis pendant un certain temps à l'emploi du médicament. Est-ce au médicament lui-même ou à la manière dont il est préparé que ces troubles doivent être attribués ? C'est ce qu'on ignore encore ; mais il semble difficile de ne pas faire jouer, à cet égard, un certain rôle à l'action de la benzine dont on se sert dans cette préparation et dont l'odeur pénétrante rend l'ingestion de l'antipyrine ainsi préparée assez désagréable.

On a proposé, pour obvier à cet inconvénient, d'administrer l'antipyrine en injections sous-cutanées, mais ce mode d'emploi a aussi son inconvénient, qui est de déterminer souvent des douleurs très vives. Dans ces cas, ainsi que vient de le dire M. Germain Sée, il est utile de substituer à l'antipyrine l'acétanilide qui est un médicament nervin, parfois supérieur dans son action à l'antipyrine et que l'on peut, sans inconvénient, administrer à la dose de 1 gramme 50 à 2 grammes, en ayant soin de diviser cette dose en fractions de 50 centigrammes.

M. Ball fait observer que le mot « intoxication » dont se sert M. Oscar Jennings dans la note qu'il vient de communiquer à l'Académie, n'a pas la signification grave du mot empoisonnement pris dans son acception ordinaire. Il s'agit ici de quelque chose d'analogue à l'intoxication alcoolique, et l'auteur a eu surtout en vue de mettre en relief les accidents produits, dans certains cas, par l'antipyrine sur le système nerveux.

M. Germain Sée a observé, comme M. Dujardin-Beaumetz, des troubles de côté de l'estomac, par l'emploi de l'antipyrine. On les prévient facilement en associant à cette substance un peu de bicarbonate de soude, ou bien encore en faisant prendre l'antipyrine dans de l'eau de Seltz.

Aujourd'hui, d'ailleurs, un certain nombre de pharmaciens préparent l'antipyrine de manière à obtenir ce produit à l'état de pureté absolue et tout à fait exempte de benzine. On peut enfin l'administrer sans douleur et sans inconvénient en injections sous-cuta-

nées, sous la seule condition de fractionner la dose et de n'injecter, au lieu de 50 centigrammes à la fois, qu'une dose de 20 à 25 centigrammes, répétée deux ou trois fois dans la journée.

M. Auguste Ollivier a vu des malades qui ne pouvaient pas supporter des doses minimes d'antipyrine, tandis que d'autres en absorbaient sans inconvénient des doses assez considérables. Il a donné à des enfants de 7 à 8 ans jusqu'à 2, 3 et même 4 gr. de ce médicament, sans observer d'accidents. C'étaient des choréiques, et, à l'égard de l'application de l'antipyrine au traitement de la chorée, M. Ollivier déclare qu'il ne saurait partager l'enthousiasme manifesté par certains médecins pour cette substance ; car, employée sur des enfants de 7 à 8 ans, à la dose de 4 grammes, elle n'a modifié en rien les phénomènes morbides. M. Ollivier déclare, d'ailleurs, que, tant que l'on ignorera, d'une part, la physiologie pathologique de la chorée, et, d'autre part, l'action physiologique des médicaments dits antichoréiques, de l'antipyrine, en particulier, on ne pourra appliquer à la chorée une médication rationnelle.

— M. Polaillon fait un rapport sur une observation de cholécystotomie suivie de guérison, communiquée par M. le docteur Terrillon.

— M. Lagneau fait un rapport sur un travail de M. le docteur Aubert, médecin-major, sur la *Géographie médicale du département de l'Ain*. M. le rapporteur montre que depuis le desséchement de 6,000 hectares d'étangs, la Dombes est devenue plus salubre qu'au siècle dernier.

A propos de la taille des conscrits de ce département, il fait remarquer que c'est dans les villes les plus industrielles, à occupations sédentaires, que se trouvent le plus d'hommes classés dans le service militaire pour défaut de taille, par suite d'un développement incomplet, retardé, défectueux. Mais il dit, qu'en général, la taille, lorsqu'elle n'est pas modifiée dans son évolution par de mauvaises conditions biologiques, se transmet héréditairement comme les autres caractères ethniques. Dans une population homogène, composée d'une seule race, ou de plusieurs races intimement mêlées, ainsi que l'avait fait remarquer Bertillon père, lorsqu'on répartit un grand nombre de conscrits suivant leur taille, on obtient une série régulière de groupes croissants, comprenant des individus de plus en plus nombreux, depuis la taille inférieure jusqu'à la taille moyenne, qui correspond au groupe maximum, puis des groupes décroissants, comprenant des individus de moins en moins nombreux, depuis cette taille moyenne jusqu'à la taille la plus élevée.

Mais, dans une population composée de deux races non intimement mêlées, au lieu d'un groupe maximum, correspondant à la taille moyenne, quelquefois on peut constater deux groupes maxima séparés par un groupe moins élevé. Il en est ainsi pour les conscrits du département de l'Ain, où l'on observe plus de jeunes hommes de $1^m,62$ à $1^m,65$ et de $1^m,67$ à $1^m,70$ que de jeunes gens de $1^m,65$ à $1^m,67$. Suivant M. G. Lagneau, ces deux groupes maxima s'expliqueraient par la différence considérable existant, sous le rapport de la taille, entre les Celtes, de petite taille, occupant anciennement cette région, et les Burgundions, de taille très élevée, (septipedes, selon Sidoine Apollinaire), ayant envahi cette région au commencement du ve siècle.

— La séance est levée.

FORMULAIRE

Pommade antinévralgique. — Galezowski.

Menthol	0 gr. 75 centigr.
Cocaïne	0 gr. 25 —
Hydrate de chloral	0 gr. 15 —
Vaseline	5 grammes.

F. s. a. une pommade, qu'on étend sur la région douloureuse, et qu'on recouvre

©BIU Santé

d'une bande de taffetas d'Angleterre, dans le cas de névralgie péri-orbitaire et d'hémicranie ophthalmique. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le professeur Kekulé (de Bonn) est nommé membre correspondant de l'Académie des sciences de Saint-Pétersbourg.

— Le docteur Rosenbach, professeur à Göttingen, est appelé à la clinique chirurgicale de la Faculté de médecine d'Iéna en remplacement de M. Braun.

Nécrologie. — Anton de Bary, professeur à la Faculté de Strasbourg, vient de succomber.

— Est mort également le docteur Wertheim, professeur de dermatologie à la Faculté de Vienne. — Ch. S.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les réparations, nécessitées au grand amphithéâtre par suite de l'incendie, seront terminées mercredi.

La reprise des cours, dans cet amphithéâtre, aura lieu le jeudi 16 février courant.

— L'inauguration du buste du professeur Béclard, au Père-Lachaise, a eu lieu jeudi, jour anniversaire de sa mort, au milieu d'un grand concours d'élèves et d'amis et de délégations de tous les corps savants auquels le défunt avait appartenu. MM. Brouardel, Bergeron, Hébert, Pozzi, Laborde ont rappelé brièvement les regrets profonds qu'avait laissés Béclard.

Nomination. — M. le docteur Delastre, ancien élève de la Faculté de Lyon, médecin consultant à Brides-les-Bains, vient d'être nommé membre correspondant de la Société d'hydrologie médicale de Paris.

— Une place d'interne est vacante à l'Asile des aliénés de Quimper. — S'adresser au directeur de l'Asile.

Nécrologie. — La médecine lyonnaise vient de perdre l'un de ses membres méritants qui l'honorent le plus en la servant le mieux. Le docteur Z. Perrin est mort à l'âge de 60 ans. Etabli dans un quartier populeux, il s'était concilié l'estime et la confiance des clients de toute classe. Le Dispensaire général le compta pendant de longues années au nombre de ses médecins. Il venait même d'y terminer ses fonctions, en récompense desquelles l'administration lui avait décerné une médaille de vermeil, lorsque la mort l'a frappé. — Appelé à faire partie de la Commission administrative de l'Association des médecins du Rhône, il avait pris au sérieux ces fonctions où, rien qu'avec de l'assiduité, de l'attention, un sens droit, il est permis de faire tant de bien. Sous forme d'énoncés précis et motivés, il apportait pour sa part à nos delibérations ce dont elles ont le plus besoin, l'opinion sincère et loyale des représentants de la médecine militante.

Jalouses de témoigner à ce digne collaborateur en quelle estime elles tenaient sa participation si dévouée à leur œuvre, les deux institutions, charitable et professionnelle, auxquelles il avait appartenu, étaient réprésentées à ses obsèques par le Président du Dispensaire général et par une députation de l'Association de prévoyance des médecins du Rhône. (*Lyon médical.*)

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Potain : Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright. — III. Bibliothèque : La prostitution devant l'Académie de médecine de Belgique. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

BULLETIN

Après l'action, la réaction ; après l'énumération des avantages, celle des inconvénients : l'antipyrine n'a pas échappé à cette règle qui régit toutes les choses humaines. Les semaines dernières, l'Académie de médecine a enregistré les louanges chantées en faveur de ce médicament que je persiste à qualifier de précieux ; mardi, un vent de réaction s'est mis à souffler dans son enceinte, et on sait maintenant que l'antipyrine produit des éruptions diverses, des troubles gastriques, et même des accidents cérébraux graves, en particulier chez les vieillards. Voilà le public prévenu d'observer quelque réserve dans l'administration de l'antipyrine, grâce aux faits rapportés par MM. O. Jennings, Ball, Germain Sée, Jaccoud, Dujardin-Beaumetz, Ollivier, etc. Et il est heureux qu'on ait attiré l'attention des praticiens de ce côté, car la vogue de l'antipyrine est tellement grande, qu'on ne la fabrique pas assez vite pour la consommation ; à telles enseignes que la Pharmacie centrale ne délivre aux pharmaciens que la moitié de la quantité qu'ils lui demandent. C'est probablement à cette grande hâte dans la fabrication qu'il faut attribuer en partie, comme l'a fait justement remarquer M. Dujardin-Beaumetz, les accidents constatés,

FEUILLETON

CAUSERIE

La syphilis dans les romans, à propos de La plus jolie femme de Paris. — *Un singulier mode de propagation de la syphilis. — Racontars sur l'incendie de la Faculté. — La discorde dans le camp homœopathique de Berlin.*

L'histoire d'une actrice, que Mme Marie Colombier raconte sous le titre à sensation de *La plus jolie femme de Paris*, renferme divers passages qui ressortissent à la médecine et dont je veux faire mon profit en les prenant comme thème de ma causerie.

Voici le thème : Une jolie fille, charmante divette, est éreintée un beau jour par un rastaquouère des lettres (j'entends par là un de ces journalistes dépourvus de tout sens moral, qui se servent de leur plume dans un but lucratif et pour qui tout est bon, chair ou poisson) ; elle n'avait pas remarqué les signataires de cent articles écrits à sa louange ; son attention est frappée bien entendu par celui qui tourne en ridicule sa personne et son talent. Quelques jours plus tard, elle est abordée au théâtre par ce personnage, qui, après l'avoir obsédée jusqu'à satiété, se fait mettre à la porte de sa loge ; en partant, il lui plante un baiser en pleine bouche, malgré sa résistance ; la force prime tout. Or, ce misérable avait aux lèvres un bobo qu'il prétendait causé par sa maladresse :

©BIU Santé

par suite d'une certaine négligence dans la préparation, qui y laisse subsister indûment la benzine. Heureusement, le mal a son remède; on peut prévenir les accidents en remplaçant l'antipyrine, chez les personnes qui ne peuvent la supporter, par l'acétanilide, et les combattre au moyen des injections sous-cutanées d'atropine.

Attendons-nous à voir bientôt les mêmes fluctuations se produire au sujet de l'érythrofléine, qui commence à faire quelque bruit dans la thérapeutique expérimentale.

La chirurgie abdominale fait chaque jour de nouveaux progrès. En voici un à enregistrer au nom de M. Terrillon, qui a pratiqué avec succès la cholécystotomie pour extraire un double calcul de la vésicule biliaire. A ce propos, M. Polaillon a fait remarquer que cette opération avait donné 34 succès et 9 morts, soit 16 p. 100 de mortalité. Il y a là une erreur de chiffres, car cela fait 20,9 et non 16 p. 100. Mais, pour d'autres raisons encore, on ne saurait trop se défier des beautés apparentes de la statistique, car, ainsi que je l'ai déjà dit, pour qu'une statistique fût valable, il faudrait : 1° que tous les cas observés fussent publiés; 2° que tous les cas publiés fussent connus, ce qui n'est pas, et j'ai tout lieu de croire que tous les cas d'insuccès de la cholécystotomie n'ont pas été plus livrés à la publicité que d'autres faits relatifs aux opérations du même genre.

Deux intéressantes questions de pathologie ont été soulevées à la Société de chirurgie, l'une par M. Quénu, sur la névralgie causée par la dilatation variqueuse des veinules situées dans l'épaisseur du nerf siatique, l'autre, par M. de Saboia, sur les abcès froids d'origine palustre. Bien que les dilatations veineuses intra-sciatiques aient été signalées il y a longtemps déjà par M. Verneuil, qui a déposé de jolies pièces au musée Dupuytren — et j'en ai moi-même disséqué dans son service en 1870 — la description de ces faits manque encore dans les traités classiques, et les observations présentées à ce propos par MM. Boyer, Le Dentu et Terrier ne manqueront pas d'attirer l'attention sur un point encore obscur et susceptible d'applications pratiques importantes.

---

il avait un jour mis son cigare à la bouche par le bout allumé, et depuis ce jour la brûlure ne voulait pas guérir!

Quelques mois se passent, et un jour, subitement, la belle Lili est prise de douleurs violentes dans tout le corps, sans répit, durant le jour et la nuit, et résistant à tous les calmants ordinaires. Le docteur Duclair, savant spécialiste, est appelé et y perd son latin ; il ordonne un bain sinapisé, croyant devoir faire une révulsion énergique, mais la malade à peine dans l'eau pousse de tels cris qu'il faut l'en retirer. Une des bonnes amies de l'actrice vient la voir et tout en causant : « Est-ce qu'il t'a donné de l'iodure de potassium, ton médecin? — Non. — Dis-lui donc de t'en donner, c'est très bon pour les douleurs. » Le docteur hausse les épaules quand on lui rapporte ce propos. « Vous avez le sang trop pur, ma chère enfant, vous n'avez pas besoin de dépuratif! » — Néanmoins, les douleurs ne cessant pas, la malade insiste pour avoir de l'iodure; le médecin cède et en ordonne une petite dose : les douleurs diminuent, puis cessent bientôt quand on augmente la dose. Ebahissement du docteur! que la figure fraîche de sa cliente détourne de plus en plus de la vraie voie.

Cependant, celle-ci l'y ramène. Elle a mal à une dent de sagesse, sa mâchoire est comme enflée, elle va aller chez son dentiste dès qu'elle pourra sortir; cependant, elle a eu l'année dernière une dent de sagesse qui ne lui a pas déterminé les mêmes accidents; c'était autre chose! Intrigué, le docteur regarde avec attention l'intérieur de cette jolie bouche. A mesure qu'il examine, ses traits passent par les divers degrés qui séparent l'air sérieux de la stupéfaction, puis de la tristesse. Ma pauvre enfant! Il a constaté,

L'apparition d'abcès multiples, sans réaction locale ni générale, malgré leur étendue, n'a pas encore été signalée, que je sache, dans le paludisme de nos contrées. En rapportant ce qu'il a observé *in ære Brasiliano*, M. de Saboïa a montré que le paludisme se comportait, en ce point comme en bien d'autres, à la manière de diverses maladies infectieuses, avec lesquelles il a tant de ressemblance; en effet, l'examen du contenu de l'abcès y a décelé la présence de microbes que Laveran et d'autres pensent être caractéristiques de la maladie. Bien que nous maintenions les réserves qui ont été faites par d'autres observateurs sur la valeur séméiologique de ces microbes, il n'en est pas moins vrai qu'ils existaient dans ces abcès, et quoique M. Desprès veuille, de par leurs caractères cliniques, les assimiler à ceux qui ont été décrits depuis longtemps, depuis Delpech et autres, la présence de ces microbes, l'apparition des abcès à la suite du paludisme, les différencient nettement de ceux qu'on attribuait autrefois à la diathèse purulente, à la cachexie, etc. — L.-H.-P.

Clinique de la Charité. — M. le professeur Potain.

Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de Bright (1).

Etudions maintenant, Messieurs, l'hypertrophie du cœur. Nous nous appuierons pour cela sur les travaux complets et précis de MM. Debove et Letulle, parus dans ces dernières années.

Quand on examine un cœur dont la paroi ventriculaire est hypertrophiée, quelle que soit l'origine de cette hypertrophie, on trouve que les faisceaux primitifs sont augmentés de volume. Les dimensions exactes sont difficiles à établir, car, à l'état normal, les faisceaux de fibres n'ont pas de volume constant, et il faut en mesurer un grand nombre pour arriver à un chiffre

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

bien que le mot ne soit pas prononcé une seule fois dans tout le volume, les indices de cette maladie dont la garde qui veillait aux barrières du Louvre, comme nous disions dans notre dernière causerie, n'a pu défendre nos rois.

Ainsi voilà une syphilis qui se dénote par des douleurs effroyables, au moment où il existe dans la bouche des plaques muqueuses, c'est-à-dire au début de la période secondaire. Et bien, que Mme Colombier me permette de le lui dire, ce n'est pas ainsi que les choses se passent d'ordinaire dans la réalité; sans doute, elle a pris, pour écrire son roman, des notes de ci de là, au point de vue physique, moral, etc., pour en faire un type qui est sa plus jolie femme de Paris; elle a entendu dire que la syphilis causait de ces douleurs horribles, ou elle a vu dans son entourage un fait de ce genre, comme nous dirions, mais il est très rare, tout à fait exceptionnel que le premier phénomène de la syphilis soit aussi bruyant. Que s'est-il passé en effet? A la suite de ce baiser volé brutalement, la pauvre Lili a dû avoir, comme le voleur, un chancre aux lèvres. Comment voulez-vous admettre que ce chancre soit resté inaperçu des amis et ennemis des deux sexes de l'étoile? Il est vrai qu'on a soin de nous dire qu'elle était en plein veuvage, à la suite de la rupture d'une liaison des plus tendres; mais un chancre de la èvre gène une chanteuse, elle y fait attention.

L'invraisemblance est plus grande encore pour les plaques muqueuses; si bien cachées qu'elles soient aux regards les plus curieux, elles se décèlent par l'odeur peu agréable de l'haleine, et nous savons que la belle, à la fin de son veuvage, a flirté de très près avec un admirateur très épris qui n'y a rien senti.

©BIU Santé

approché. Dans les hypertrophies, les plus petits faisceaux égalent les plus gros des cœurs normaux, et on a noté 23, 25 μ, et jusqu'à 30 μ.

L'augmentation de la masse du cœur paraît tenir à cette augmentation de diamètre des fibres, et il ne semble pas y avoir de production de fibres nouvelles. On rencontre, il est vrai, des fibres très petites qui paraissent jeunes, mais elles se trouvent aussi dans les cœurs sains.

Pendant que le faisceau primitif augmente de diamètre, les noyaux ne se modifient pas et il n'y a pas de multiplication nucléaire.

Des modifications importantes ont lieu dans le tissu conjonctif qui est compris entre les faisceaux; il prolifère, les noyaux et les fibres se multiplient; ces modifications ne se produisent, fait à retenir, qu'après l'augmentation de volume des faisceaux. Tout le tissu conjonctif interstitiel est pris, mais quelquefois il y a prédominance dans certains points, aux piliers par exemple, quand il y a eu de l'endocardite.

Peu à peu, les fibres musculaires, d'abord saines, s'altèrent; vers leur centre se produit une accumulation de granulations, puis elle se segmentent souvent par dissolution du ciment qui unit les cellules qui les forment les unes aux autres; bientôt enfin survient la dégénérescence granulo-graisseuse. Ces altérations se produisent d'une façon irrégulière, se disséminent d'une façon impossible à prévoir, car elles sont indépendantes de l'altération des petits vaisseaux.

Ces derniers sont épaissis comme dans le reste de l'économie, et ce processus est plus marqué que partout ailleurs, sauf dans le rein. A mesure que le tissu conjonctif prolifère, les conduits vasculaires s'affaissent et la circulation devient plus difficile. Le muscle est donc mal nourri et s'altère. La gêne circulatrice atteint aussi le système veineux et le système lymphatique.

Le cœur, dans le mal de Bright, se comporte donc comme dans les autres hypertrophies. Notons seulement que la prolifération conjonctive est très prédominante à une certaine époque de la maladie; le cœur ne s'affaisse

---

Et puis, où avez-vous vu, dans la vie réelle, que l'iodure de potassium soit aussi souverain coutre les névralgies syphilitiques au début de la période secondaire?

Quoi qu'il en soit, cette découverte a été le point de départ d'une jolie scène entre la malade et le médecin; c'est pris sur le vif, raconté d'après nature, à croire que l'auteur du roman y a assisté. Le désespoir de la malade, les précautions infinies que prend le médecin pour savoir comment elle a été infectée, pour la rassurer, pour la soigner, pour lui faire parvenir ses médicaments sans que son entourage sache de quoi il retourne, toute cette description fait autant d'honneur à l'écrivain qu'à celui de nos confrères qu'elle a pris pour modèle. Seulement, il y a encore ici une petite erreur : l'hôpital des vénériennes ne s'appelle pas le Midi, mais Lourcine, ou l'Oursine, comme vous voudrez.

Puis, toujours comme nous disons, la maladie suit son cours, la syphilis envahit le larynx, grâce aux imprudences et à l'indocilité de la malade qui, dès qu'elle se sent mieux, abandonne le traitement et se replonge dans le plaisir : dîners, soupers, bals, mais renonce à Vénus, par un sentiment d'honnêteté rare chez ces demoiselles..., jusqu'à guérison des accidents contagieux. Plusieurs années de cette vie accidentée se passent, et, à la suite d'une émotion morale vive, éclatent de nouveaux accidents; la syphilis a envahi le cerveau, la malade est prise d'aphasie, de gâtisme, et six mois de maladie, suivis d'une année de convalescence, font de la plus jolie femme de Paris une bonne grosse fermière, qui ne se rappelle plus que vaguement sa vie d'autrefois, Paris, ses triomphes de théâtre, etc.

Je n'aurais pas tant insisté sur cette longue observation médicale qui s'étend sur

plus quand on le place sur la table d'autopsie et prend, en certains points, une coloration grisâtre.

En résumé, le cœur est d'abord hypertrophié, ensuite sclérosé, et enfin dégénéré.

Maintenant, comment se produit cette hypertrophie? On a invoqué l'action du sang altéré sur le cœur, les lésions vasculaires, les réflexes et, enfin, l'exagération de la pression artérielle.

On pourrait penser que l'action du sang altéré a une certaine valeur pathogénique, mais cette altération est tardive et secondaire, et ne doit jouer qu'un rôle bien accessoire; de plus, elle manque dans d'autres hypertrophies. Ajoutons que le ventricule droit ne se prend pas et demeure appendu au ventricule gauche; il reste petit dans un grand nombre de cas, et si on le trouve grand, c'est qu'il est dilaté. Quelquefois, il y a un certain épaississement de ses parois, mais on note toujours alors une complication quelconque.

Enfin, pour que l'on puisse admettre, comme on l'a proposé, que le sang excite la membrane interne et détermine des contractions exagérées, il faudrait que le ventricule droit fût pris le premier, et nous venons de dire que cela n'est pas.

Peut-on s'arrêter à l'idée de lésions artérielles propagées? Non. L'anatomie, nous l'avons vu, contredit cette idée et, de plus, quand le système artériel s'altère, le tissu cardiaque est déjà frappé. Enfin, si l'altération artérielle jouait un rôle, que se produirait-il? Un processus irritatif, évidemment. Eh bien! on n'observe rien de pareil, puisque, et j'y ai insisté, les noyaux des fibres musculaires ne se multiplient pas. Ajoutons que l'intégrité du ventricule droit plaide encore contre cette pathogénie.

Etudions maintenant si l'action réflexe du rein sur le cœur peut suffire pour expliquer l'hypertrophie. Cette action réflexe existe certainement, ainsi que les physiologistes l'ont démontré depuis longtemps; l'hypertrophie, alors, dépendrait de l'exagération du travail cardiaque par contractions plus fréquentes. Mais, pour cela, il faudrait que les brightiques, au début, eussent

---

plus de la moitié du roman, si les romanciers n'avaient pas une tendance de plus en plus marquée à prendre dans la pathologie le sujet de leurs livres. Qu'ils y prennent garde! Tant d'erreurs courent déjà le monde, relativement à la médecine, que nous ne saurions trop les prier de s'efforcer de n'en pas accroître le nombre. Je crois l'avoir déjà dit, mais je puis bien le répéter encore : les romanciers ont certainement des amis dans le corps médical; pourquoi, lorsqu'ils font des emprunts à la médecine, ne demandent-ils pas l'avis de personnes compétentes. Dans le livre de Mme Colombier, par exemple, il aurait suffi de quelques légères corrections pour faire disparaître les erreurs que nous avons signalées. Que n'a-t-elle prié son ami X... ou Y... de relire son manuscrit?

*
* *

Malheureusement pour l'espèce humaine, il n'y a pas que dans les romans que la syphilis fait des ravages. Plusieurs journaux (que je ne nomme pas, faute de pouvoir citer le premier qui a raconté le fait), rapportent en effet que le docteur Tepliachnis a observé dans le district de Glakowski, en Roumanie, une singulière épidémie provoquée en léchant les yeux. Dans ce district, on attribue tous les maux d'yeux à la présence de corps étrangers, et le populaire a coutume, pour chercher à les enlever, de se faire lécher le bord libre des paupières par des femmes qui exercent ce singulier métier. Or, une de ces espèces d'oculistes lécheuses, atteinte de syphilis et portant des plaques muqueuses à la bouche, aurait communiqué, d'après notre confrère, la maladie à près d'un dixième de la population. Autant de vaccinés, aurait dit le docteur Duclair dans le livre de

©BIU Santé

des palpitations, ce que nous n'observons pas; ce n'est pas de cela qu'ils se plaignent, mais de troubles respiratoires. Du reste, dans les cas où on a observé l'hypertrophie par palpitations, les phénomènes ne sont pas les mêmes. On peut cependant faire jouer un certain rôle à l'action réflexe dans l'hypertrophie brightique, mais il faut le considérer comme très minime.

Reste la dernière théorie, celle qui rattache l'augmentation de volume du cœur à l'accroissement de la pression artérielle. Je peux le dire de suite, il n'y a pas contre elle d'objection sérieuse. Il est de connaissance vulgaire que, lorsqu'un obstacle s'oppose aux contractions du cœur, ce dernier s'hypertrophie, et cette conséquence de l'obstacle ne manque que lorsqu'il y a altération de la nutrition générale. Chez le brightique, il y a, dès le début, une augmentation de la pression et on pourrait prédire l'hypertrophie du cœur qui doit, pour ainsi dire, en résulter nécessairement. La grande exagération de la tension doit produire une hypertrophie volumineuse. En effet, il est peu de conditions où on en observe une aussi considérable, mis à part le rétrécissement aortique et quelques cas d'insuffisance.

M. Debove a cru pouvoir expliquer l'hypertrophie brightique par l'augmentation du tissu fibreux qui gênerait le tissu musculaire dans sa contraction; gêné, le muscle augmenterait de volume. Cela n'est pas admissible, car, au début, la pression diminuerait d'abord dans les vaisseaux, tandis qu'au contraire on observe toujours son augmentation.

En général, on constate que le degré de l'augmentation de volume est en rapport avec l'intensité de la pression. Chez notre malade, par exemple, un traitement de dix jours, et nous verrons tout à l'heure celui que l'on doit employer, a fait tomber la pression de 25 à 19. Cela a suffi pour que, en même temps, le volume du cœur diminuât manifestement.

Chez les brightiques, atteints de néphrite interstitielle, la tension artérielle devient si considérable qu'il y a une grande tendance à ces troubles circulatoires et respiratoires; dans ces conditions, une cause très légère suffit à mettre tout en désordre. L'hypertrophie est chose seconde, peu à

Mme Colombier, et qui n'auront plus la *crainte de l'avoir*. Néanmoins, le siège de la vaccination aurait pu être mieux choisi, car la syphilis débutait chez tous par un chancre de la paupière supérieure. C'est le cas ou jamais de dire que le remède était pire que le mal.

On a fait remarquer avec raison que cette transmission était analogue à celle que l'on a vu s'effectuer parfois chez les nouveau-nés israélites, après la circoncision suivie de succion de la plaie par l'opérateur.

*
* *

Voici ce que raconte un journal sérieux, à propos du commencement d'incendie qui a failli détruire le grand amphithéâtre de la Faculté.

« Nous pouvons dire que cet incendie aurait eu certainement des suites beaucoup plus graves sans un étudiant qui, à cette heure nocturne, errait par hasard tout près de là, cherchant un coin propice pour se débarrasser ce que Molière appelait « le superflu de la boisson » et même d'autres superfluités plus gênantes encore. Cet étudiant aperçut les flammes dans le grand amphithéâtre, et résistant au cri pressant de la nature, courut donner l'alarme au concierge, qui prévint le doyen, etc. Peu de temps après, les pompiers arrivaient et l'incendie était heureusement limité. »

Eh bien, voilà un étudiant qui a profité des approches du carnaval pour monter à notre confrère un joli bateau, comme on dit.

Le grand amphithéâtre de la Faculté n'étant éclairé que par le haut et étant totalement

peu et progressivement elle s'est mise au niveau de sa tâche, mais elle s'y tient juste et au moindre effort devient insuffisante.

A l'état normal le cœur, qui prenait un travail modéré, conserve toute son élasticité et à un moment donné peut suffire à un grand effort. Cette adaptation aux nécessités, le cœur du brightique l'a perdue. Il se trouvera soulagé si l'on diminue l'obstacle, mais on ne peut lui donner une force supérieure à cet obstacle. Ce que je dis en ce moment doit influer sur les indications thérapeutiques, car on oublie trop volontiers que le cœur manque de force suffisante. Il s'hypertrophie tant qu'il peut, mais ne peut dépasser l'obstacle puisque c'est lui qui est la cause de tout. C'est là, si j'ose m'exprimer ainsi, une richesse indigente.

Vous savez tous, messieurs, que le bruit de galop se rencontre dans la néphrite interstitielle et y est très accentué. Nous allons donc rechercher sa pathogénie. Je ne veux point discuter, à ce propos, toutes les théories qui ont été émises, elles sont trop nombreuses, et je m'en tiendrai à l'exposition de ce que je crois être la vérité. Le bruit de galop est un choc diastolique de la paroi ventriculaire sous l'influence de sa tension brusque par le sang; il est suivi du bruit normal, puis du deuxième bruit. Si le cœur bat avec une certaine fréquence, les trois bruits sont équidistants et celui qui est anormal se trouve au milieu du grand silence. Normalement, la pénétration du sang dans le ventricule modifie sa forme, qui se rapproche du sphéroïde, de sorte que, pour une même étendue de paroi, le contenu possible augmente. Vient un moment où le cœur ne peut plus modifier sa forme, et alors il ne peut plus se distendre que par la mise en jeu de l'élasticité de la paroi. Quand le cœur est peu fibreux et bien élastique, le changement de forme a lieu doucement et le choc est amorti par la tonicité musculaire et l'élasticité. Alors, on n'entend rien, ou du moins peu de chose, car il se pourrait en effet que, si nous avions des moyens de recherche assez perfectionnés, nous entendissions toujours un certain bruit pendant la diastole.

---

depourvu de fenêtres, je voudrais bien savoir par où cet étudiant farceur a pu apercevoir les flammes dans le grand amphithéâtre. Et puis d'abord, il n'y eut pas de flammes; il n'y eut que de la fumée; il n'a donc pas vu plus de flammes que de chapeau à la statue d'Henri IV qui orne le Pont-Neuf. Enfin, pour tout dire, vous saurez qu'il y avait à cette heure-là un cours dans le grand amphithéâtre, et que le premier averti du sinistre fut le professeur, dont le fauteuil était adossé au ne bouche de chaleur et qui s'étonna d'avoir si chaud; la fumée qui sortit bientôt des interstices des bancs de l'amphithéâtre annonça la nature du mal, et on songea alors au remède.

***

Grand scandale dans le corps médical homœopathique de Berlin.

Le *Bulletin médical* nous apprend, en effet, que « le Bureau central des Sociétés homœopathiques de l'Allemagne s'est ému des nombreux insuccès qui surviennent dans le traitement par la méthode de Hahnemann. Attribuant ces insuccès à une exécution défectueuse des ordonnances des médecins homœopathes, le Bureau a imaginé de jouer aux pharmaciens homœopathes le petit tour suivant : il leur a fait envoyer un grand nombre d'ordonnances sur lesquelles figuraient des expressions telles que : *Tuber cinereum, urticaria rubra, pemphigus foliaceus, madaroma fraudulatum, etc.*, simulant le nom des substances usitées en homœopathie et suivies de l'indication de la dose (en dilution). Sur la même ordonnance était aussi indiquée une autre substance réellement employée en homœopathie, comme l'aconit ou la pulsatille.

©BIU Santé

Il est bien prouvé que l'on entend le bruit de galop droit chez un grand nombre de sujets, par exemple dans les maladies fébriles.

Dans les maladies, le choc est exagéré dans deux circonstances différentes qui ont ceci de commun que, dans les deux cas, la tonicité musculaire est moindre relativement à la résistance fibreuse; cette dernière augmente et l'autre diminue. Dans la fièvre typhoïde, le cœur est flasque et mou; quand il se distend, la tension ventriculaire est brusque. Chez le brightique, au début, la tonicité est au plus haut degré, mais bientôt la résistance fibreuse l'emporte et le cœur n'est plus extensible; quand il a atteint son maximum de capacité, il se tend brusquement. Ajoutons encore qu'il est probable que, pendant la diastole, le ventricule exerce une forte aspiration sur le sang de l'oreillette. En fait, si le bruit de galop se produit dans un grand nombre de cas, c'est dans l'hypertrophie brightique qu'il est de beaucoup le plus intense.

Peut-être aussi un autre phénomène joue-t-il un certain rôle et faut-il accorder une importance relative à l'évacuation incomplète de la cavité ventriculaire: elle surviendrait dans la fièvre typhoïde par énergie insuffisante du muscle cardiaque et dans le mal de Bright par excès de tension vasculaire.

Dans les hypertrophies indépendantes des maladies rénales, quand le bruit diastolique se produit, le choc systolique disparaît. C'est ainsi que l'on peut observer un choc diastolique dans l'insuffisance aortique; c'est ainsi que des observateurs, trompés par ce bruit, avaient admis un fort retard du pouls sur la contraction ventriculaire dans la maladie de Corrigan. Chez les brightiques, et on ne saurait trop y insister, le choc systolique persiste.

On a eu tort de soutenir que le bruit de galop n'est que le symptôme d'une asystolie. Il existe, en effet, bien souvent fort longtemps avant que cet accident ne se produise et chez les rénaux, par exemple, peut être un des premiers symptômes de la maladie, tandis qu'à la période terminale il peut disparaître par suite de la flaccidité du cœur. Il ne dépend pas de l'excès de

---

« Or, sur 89 pharmacies berlinoises, 12 seulement se refusèrent à délivrer les médicaments sur de telles prescriptions, tandis que les 77 autres s'exécutèrent de la meilleure grâce du monde. Le Bureau a livré immédiatement à la publicité ces faits scandaleux; sur quoi la justice de Berlin s'est empressée, de son côté, de demander aux pharmaciens des explications. *Sub judice lis est.* »

Cette petite fumisterie n'est pas nouvelle; il y a longtemps qu'on a fait cela en France; on l'a même transportée au théâtre, et les plus jolies scènes du *Homard* ont été tirées de là. Mais on aime tant, en Allemagne, à plagier ce qui se fait ailleurs, que, tôt ou tard, nos voisins devaient en venir là. Ils y sont venus.

SIMPLISSIME.

POMMADE CONTRE LES GERÇURES DES LÈVRES. — Monin.

Beurre de cacao	10 grammes.
Huile de ricin	3 —
Extrait de cachou	1 gramme.
Huile de bouleau	II gouttes.
Essence de badiane	V —

Mêlez. — Onctions sur les lèvres, dans le cas de gerçures rebelles. — N. G.

---

pression, car il persiste lorsque, durant le cours de la maladie, cette dernière redevient normale.

On peut donc dire, et j'insiste sur cette conclusion : quand il y a un bruit de galop léger, il faut chercher le mal de Bright ; quand il y a un bruit de galop très accentué, on peut affirmer l'existence de la maladie rénale.

Si on n'a pas trouvé le bruit pathologique que nous étudions dans un grand nombre de néphrites, c'est qu'on les a toutes confondues entre elles. Dans le néphrite catarrhale, le cœur ne se modifie pas, sauf s'il y a de l'endocardite ou des troubles pulmonaires agissant sur lui, et si on observe des troubles cardiaques sans ces complications, il faut penser à une néphrite interstitielle cachée derrière la néphrite catarrhale.

Il convient, messieurs, de tirer de cette longue étude des conséquences thérapeutiques. Depuis longtemps, on sait que le régime lacté fait merveille ; mais, justement à cause de ses succès retentissants, on l'a employé parfois à tort et à travers et alors on a eu des échecs de temps en temps. Dans la néphrite interstitielle, quand on le donne à l'exclusion de toute autre alimentation, on voit que rapidement, en sept ou huit jours, la respiration devient facile et que la dyspnée disparaît presque complètement ; en même temps la tension artérielle se modifie et baisse. Pourquoi ces heureux résultats ? Tout uniment parce que le lait n'est pas nuisible. Son administration exclusive permet, aux repas, de supprimer la chair musculaire dont les produits de digestion, ainsi que l'a montré Gaucher, ont une certaine influence sur le rein. Il ne faudrait pas croire que les bénéfices merveilleux obtenus pendant les premiers jours autorisent à continuer indéfiniment le traitement. On ne guérit pas la maladie et voici ce qui semble se produire. Le malade est habituellement soumis à une excitation spéciale de son système circulatoire périphérique par les produits de digestion de la viande ; cette excitation cessant tout à coup, l'économie a une sorte de détente. Les fibres musculaires des artérioles se relâchent et le sang ne stagne plus. Mais petit à petit, les causes de la maladie étant persistantes, le bienfait disparaît et tous les symptômes réapparaissent.

La conséquence pratique à tirer de tout ceci est que, dans la néphrite interstitielle, il faut éviter de donner le lait tout le temps. La maladie progressant fatalement, on doit prévoir l'éventualité d'accidents graves et réserver le lait pour pouvoir y parer. Dès qu'à la suite d'une de ces crises le mieux s'accentue, on abandonne le lait et l'on revient peu à peu au régime ordinaire, tout en étant très réservé dans l'emploi de la viande.

De la façon dont se constitue le mal de Bright, que l'on peut véritablement appeler une maladie générale, on peut conclure à l'utilité de la médication iodurée. Comment agit-elle ? Ce n'est pas en atrophiant le cœur, ce qui serait dangereux, et ce n'est pas non plus en agissant sur la fibre musculaire ; c'est en attaquant la prolifération interstitielle qui modifie les artérioles et le cœur. On peut donner des doses fortes et des doses faibles. Les premières entraînent un soulagement immédiat ; le sang semble devenir plus fluide et la résistance diminue. Mais cet effet n'est permanent qu'à la condition d'arriver à l'iodisme chronique, qui entraîne tant de dangers et fait perdre le bénéfice des premiers effets. Heureusement il n'est pas nécessaire pour lutter contre l'envahissement du tissu conjonctif de recourir à de grandes quantités d'iodure. On peut se contenter de 0,50 et 0,60 centig. par jour, mais il faut continuer ces doses longtemps, un an, deux ans même, si l'on veut agir sur les parois artérielles.

©BIU Santé

Je veux terminer par un mot sur l'influence des climats. Les cardiaques se trouvent mal du séjour dans le Midi ; au contraire, les brightiques en retirent du bénéfice. C'est que chez eux tout ce qui peut favoriser la circulation périphérique, la chaleur par exemple, est essentiellement favorable, parce que la résistance au mouvement du cœur se trouve dans les artérioles.

P. C.

BIBLIOTHÈQUE

LA PROSTITUTION DEVANT L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE BELGIQUE, par le docteur O. COMMENGE, médecin en chef adjoint du dispensaire de salubrité. Paris, Asselin et Houzeau, 1888.

L'Académie de médecine a commencé la discussion du rapport de M. Fournier, sur la prophylaxie de la syphilis. Au moment où l'on agite chez nous cette grosse question, qui soulève tant de controverses, il est intéressant de savoir comment elle a été traitée à l'étranger. En Belgique, on s'en est occupé récemment, à l'occasion d'un travail communiqué à l'Académie par le docteur Thiry, sur l'hygiène sociale et la prostitution.

M. Thiry estime que la prostitution, qu'on ne peut éviter, doit être réglementée, et que toute femme qui s'y livre doit être inscrite et soumise à des visites sérieuses, au dispensaire, et non à domicile, privilège accordé à tort à une certaine classe de prostituées. Etendre la réglementation, ce sera diminuer d'autant la prostitution clandestine, qui est la plus dangereuse ; toutes les fois qu'on a pris contre celle-ci des mesures rigoureuses, le nombre des maladies vénériennes a toujours été en diminuant.

Telle est, en quelques mots, la thèse soutenue et développée avec un remarquable talent par le docteur Thiry. Tous les orateurs qui ont pris la parole après lui se sont rangés à son opinion. Seul, le docteur Moeller, membre correspondant, s'est déclaré pour la suppression de la réglementation. Après une étude approfondie de la question et des débats qui ont occupé un grand nombre de séances, l'Académie de médecine de Belgique a adopté, le 29 octobre 1887, les conclusions suivantes, presque identiques à celles qui avaient été formulées par M. Thiry :

1° L'Académie estime que la réglementation de la prostitution est nécessaire pour restreindre la propagation des maladies vénériennes ;

2° La prostitution qui s'affiche dans les rues, les promenades et les lieux publics, étant la cause la plus puissante de la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques, doit être interdite;

3° Les femmes qui seront convaincues de se livrer habituellement à la débauche seront inscrites et soumises aux visites sanitaires;

4° Les inscriptions et les visites ne seront autorisées que sous la sauvegarde des garanties qui doivent, dans toutes circonstances et partout, protéger l'honneur et la dignité des personnes ;

5° L'Académie royale de médecine de Belgique estime que les visites sanitaires, fréquentes et convenablement appliquées, constituent le moyen le plus efficace pour arrêter la propagation des maladies vénériennes et syphilitiques.

Nous devons savoir gré au docteur Commenge de nous avoir fait connaître les travaux et l'opinion de nos confrères de Belgique. Mais il ne s'est pas borné à reproduire leurs délibérations ; il les a commentées, appréciées ; aidé de sa propre expérience, il a développé les points les plus intéressants, si bien qu'au lieu d'un simple compte rendu, il nous a donné un travail vraiment personnel.

C'est ainsi qu'il insiste sur la lutte toujours ouverte entre les partisans de la liberté de la prostitution, et ceux qui en réclament la réglementation ; sur les dangers toujours croissants de la prostitution clandestine. « Ce qui se passe à Bruxelles, dit-il, se produit de la même façon à Paris. Il suffit d'être médecin du dispensaire de salubrité depuis quelques mois pour être frappé du nombre considérable de maladies syphilitiques que l'on rencontre parmi les insoumises, c'est-à-dire parmi les femmes faisant de la prostitu-

tion clandestine ; c'est aussi dans cette classe de prostituées que l'on rencontre les cas de syphilis les plus graves, je pourrais dire les plus monstrueux. Il n'est pas de semaine où l'on ne voie des phénomènes syphilitiques tout à fait exceptionnels. »

Après avoir vivement relevé l'assertion de M. Yves Guyot, qui prétend que certaines femmes aisées, au lieu de se rendre au dispensaire, vont simplement consulter les médecins de ce service dont elles grossissent la clientèle, M. Commenge développe la nécessité de l'inspection sanitaire, applicable à la prostitution comme à toute espèce de commerce public. Les visites, quoi qu'on dise, ne sont ni dangereuses ni inutiles. Les précautions prises au dispensaire sont telles que jamais le spéculum ou l'abaisse-langue n'ont pu devenir des instruments de contagion ; et, quand un examen est fait soigneusement, il est difficile d'admettre que des accidents syphilitiques puissent rester méconnus. Or, « le simple bon sens affirme que toutes les femmes se livrant à la prostitution et qui sont soumises à la visite, sont moins aptes que celles qui ne sont par surveillées à propager la syphilis ».

Les défenseurs de la prostitution libre s'appuient sur ce fait que l'on ne peut arrêter toutes les femmes se livrant à la prostitution clandestine, et qu'il est bien inutile, par conséquent, d'en arrêter quelques-unes. Mais, s'il est impossible de guérir un mal, est-ce une raison pour ne pas l'atténuer? Plus il y a d'insoumises arrêtées, dit M. Commenge, plus diminue le nombre de celles qui contaminent leurs clients.

M. Commenge, on le voit, est un partisan convaincu de la réglementation. Que l'on partage ou non sa manière de voir, tous ceux qui s'intéressent à la question actuellement à l'ordre du jour, de la prophylaxie des maladies vénériennes, liront avec intérêt son travail. — G. Humbert.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Influence de l'alimentation chez l'homme sur la fixation et l'élimination du carbone, par MM. Ch. Richet et Hanriot. — Dans la séance du 6 février, les auteurs de cette communication avaient traité de l'influence de l'alimentation sur les échanges gazeux respiratoires chez l'homme, en étudiant d'abord les échanges respiratoires sur le même individu soumis à un régime alimentaire régulier.

Dans une première expérience où ce régime, un peu fort, se composait d'aliments contenant 268 gr. 9 de carbone, le carbone éliminé par la respiration à l'état d'acide carbonique a été de 208 grammes; celui éliminé à l'état d'urée de 6 grammes, et de 30 grammes environ dans les matières fécales, d'où résulte un excès de 25 grammes de carbone. Cet excès répond bien à l'augmentation de poids constaté de l'individu (300 grammes par jour), puisque, d'après les derniers travaux classiques, sur 300 grammes de nos tissus, il y a à peu près 25 grammes de carbone (pour 250 grammes d'eau).

Dans une seconde expérience (série également de 15 jours), l'alimentation, moins abondante, se composait d'aliments contenant 230 grammes de carbone. Dans ce cas, le carbone éliminé par la respiration à l'état d'acide carbonique a été de 190 grammes, et celui éliminé par les matières fécales et l'urine de 40 grammes, soit, au total, 230 grammes de carbone éliminé, chiffre égal à celui du carbone ingéré par l'alimentation. Aussi, dans ces conditions, l'individu n'a-t-il pas augmenté de poids.

D'autre part, l'analyse des gaz de la respiration, chez un sujet à jeun et immobile, montrant que la proportion centésimale de l'oxygène absorbé et de l'acide carbonique expiré est à peu près constamment la même, indique par là que la ventilation se règle automatiquement par les proportions nécessaires de gaz carbonique à éliminer ou d'oxygène à absorber. Mais, pendant la digestion, les chiffres de ces deux gaz augmentent, leur rapport entre l'acide carbonique et l'oxygène s'élève : l'acide carbonique éliminé augmente un peu plus que l'oxygène absorbé et la ventilation augmente également, de façon que les proportions centésimales, en réalité, varient peu; en un mot, la ventilation croît en même temps et parallèlement avec les échanges chimiques.

©BIU Santé

Telle est l'influence des repas mixtes comportant à la fois des aliments gras, azotés et féculents.

L'activité maxima des échanges chimiques a lieu de trois à quatre heures après l'ingestion des aliments.

— Dans la séance du 13 février, MM. Ch. Richet et Hanriot ont continué l'exposé de leurs recherches au sujet de l'*influence des différentes alimentations sur les échanges gazeux respiratoires*. Ils ont formulé les conclusions suivantes :

1° La ventilation augmente par le fait de l'alimentation, mais presque uniquement quand cette alimentation est composée d'hydrates de carbone;

2° Les aliments azotés et les aliments gras modifient très peu les échanges respiratoires;

3° Les aliments féculents font croître la ventilation et l'absorption d'oxygène, mais surtout la production de CO_2;

4° Les proportions centésimales (dans l'air expiré) d'oxygène absorbé et d'acide carbonique produit varient peu tant qu'il y a repos musculaire. La proportion d'oxygène absorbé est en moyenne voisine de 4,2 p. 100 (avec des variations de 3,4 à 4,7 p. 100). La proportion de CO_2 produit est en moyenne voisine de 3,4 p. 100 (avec des variations de 2,7 à 4,2 p. 100;

5° Chez un homme adulte, bien portant, la ventilation est en moyenne, à l'état de jeûne, de 8 litres par kilog. et par heure, avec une production de 0 gr. 5 de CO^2 et une absorption de 0 gr. 45 d'oxygène. A l'état de digestion, la ventilation est portée à 9 litres par kilog. et par heure avec une production de 0,6 d'acide carbonique et une absorption de 0,50 d'oxygène.

Le microbe de la fièvre jaune. — M. Paul Gibier rappelle que le 21 mars et le 4 avril dernier il avait présenté à l'Académie, de concert avec MM. Domingos Freire et Rebourgeon, des études sur le microbe de la fièvre jaune et son atténuation, faisant connaître les résultats obtenus par l'inoculation préventive du virus atténué de cette affection, à Rio-de-Janeiro, et insistant sur les bienfaits que les populations si décimées jusqu'à ce jour par cette maladie devaient retirer de l'application de ces études. Mais M. Gibier doit aujourd'hui, après les nouvelles recherches qu'il a entreprises sur place même, déclarer que l'étude du sang pris sur des malades atteints de fièvre jaune, tant pendant le cours de la maladie qu'après la mort du sujet, lui a donné cette fois des résultats absolument contradictoires de ceux qu'il avait obtenus précédemment avec M. Domingos Freire, en ce sens que, malgré tout le soin qu'il a apporté dans ces nouvelles recherches, il ne lui a pas été possible de découvrir dans ce sang le micro-organisme signalé précédemment. Le résultat a donc été absolument négatif. Il en a été de même de l'étude qu'il a faite des urines de ces mêmes malades, urines dans lesquelles il n'a pas retrouvé non plus le microbe de la fièvre jaune.

COURRIER

Association des anciens internes en médecine des asiles de la Seine. — MM. les anciens internes sont priés de faire connaître, à la salle de garde de Sainte-Anne, leur adresse exacte.

Ecole de médecine de Toulouse. — M. Ripoll, professeur de clinique chirurgicale, est nommé professeur honoraire.

VIN DE BAYARD, *à la peptone phosphatée*, est le reconstituant par excellence des convalescents, des anémiques, et spécialement des enfants débiles.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Sommaire

I. L.-G. Richelot : Fibromes utérins. — Hystérectomie vaginale. — Coma urémique. — II. Revue des journaux : Contagiosité du cancer. — III. Thérapeutique : Antisepsie pulmonaire dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire et en particulier de la tuberculose pulmonaire. — IV. Lettres de Suisse — V. De quelques nouvelles médications. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier.

Fibromes utérins. — Hystérectomie vaginale. — Coma urémique,

Par L.-G. Richelot.

Messieurs,

L'hystérectomie vaginale, pour certains fibromes, n'a été faite à l'étranger qu'un petit nombre de fois. Elle est indiquée par M. Demons (de Bordeaux) dans les lignes suivantes : « Pourquoi donc, si leur volume ne s'oppose pas à l'extirpation de l'utérus et de la tumeur par le vagin, pourquoi ne pas choisir cette voie, de préférence à la voie abdominale, s'il est prouvé qu'ainsi l'intervention chirurgicale est moins dangereuse?... Je parle surtout pour certains myomes, de dimensions médiocres, situés sur le fond de la cavité utérine. J'ai vu mourir d'hémorrhagies répétées une jeune femme qui n'avait qu'une tumeur de ce genre, grosse comme une noix » (1).

M. Péan, de son côté, a nettement posé la question, pratiqué un bon nombre d'hystérectomies vaginales pour fibromes, et démontré qu'après des opérations même prolongées et laborieuses, les suites sont ordinairement des plus simples (2).

J'ai écrit à mon tour, après avoir enlevé un utérus enclavé, bourré de petites tumeurs et donnant de graves symptômes : « Que serait-il advenu? L'utérus grossissant dans la même attitude, la malade serait devenue entièrement paraplégique, épuisée par la douleur, inopérable; ou bien, les tumeurs se développant vers l'abdomen, il aurait fallu recourir, un jour ou l'autre, à l'hystérectomie sus-pubienne... N'hésitons pas, quand nous sommes consultés à temps, quand les symptômes nous indiquent une marche progressive, à tirer en bas les tumeurs qui peuvent passer dans la filière pelvienne. »

En somme, il y a des fibromes de petit ou de moyen volume, douloureux, hémorrhagiques, mal placés, qui réclament une intervention. Il ne s'agit pas d'extraire un polype de la cavité; il ne s'agit pas non plus de faire l'énucléation d'Amussat pour un myome interstitiel accessible, saillant à la face interne ou inclus dans une des lèvres. Il s'agit d'une tumeur d'un abord difficile, d'un myome rétro-utérin, mobile ou enclavé, comprimant les nerfs; ou encore de tumeurs multiples qui bourrent la paroi et simulent une hypertrophie générale. S'il y a de graves symptômes et s'il faut agir, l'hystérectomie sus-pubienne est bien plus ardue et dangereuse que pour les grosses tumeurs et les ventres distendus. L'opération de Battey, pour suspendre les hémorrhagies, brusquer la ménopause et arrêter la marche des myomes, est sans doute une opération de valeur; mais elle est souvent d'une exécution difficile, elle a une mortalité sérieuse et des guérisons incomplètes ou nulles.

Maintenant, quelles limites assigner à l'hystérectomie vaginale, dans

(1) Demons : *Revue de chirurgie*, 10 août 1884.
(2) Secheyron : *De l'hystérectomie vaginale*, thèse inaug., janvier 1888.

©BIU Santé

cet ordre d'idées? Quel volume et quelle quantité de fibromes peut-on faire passer dans la filière pelvienne? C'est affaire de tact et d'expérience. Le morcellement, pratiqué comme le conseille M. Péan, permet d'aborder par cette voie des tumeurs disproportionnées. Le dégagement du col, la séparation de la vessie peuvent offrir des difficultés; il faut à chaque instant penser à l'uretère, étager les pinces en contournant les masses fibreuses, fendre l'utérus au milieu, énucléer les petites tumeurs qui se présentent, saisir les grosses avec des pinces fortes qui servent à circonscrire les fragments avant de les couper. Si, dès le début, on a saisi les deux utérines, l'hémorrhagie est à peu près nulle. On serait bien embarrassé, au cours de l'opération, de placer des fils sur les ligaments larges; et quand tout est fini, on ne le serait pas moins, dans beaucoup de cas, s'il fallait lier chaque vaisseau. Rien ne fait mieux ressortir les avantages de la pince à demeure, sans laquelle beaucoup d'opérations de ce genre, qui sont bienfaisantes et devant lesquelles nous ne devons plus reculer, ne seraient pas même abordables.

Vous serez étonnés, Messieurs, que pour vous démontrer les mérites de l'hystérectomie vaginale appliquée aux fibromes utérins, je vous raconte une opération suivie de mort. Mais les observations qui se terminent ainsi sont souvent les plus instructives; vous puiserez dans celles-ci plus d'un enseignement.

Mme D... est une femme de 57 ans, qui m'est adressée par Mme Perrée, docteur en médecine, comme atteinte d'une affection utérine grave. Sa santé générale n'est pas encore altérée; mais, depuis trois ou quatre mois, elle a des douleurs sourdes, sans hémorrhagies ni pertes blanches, la marche est difficile, l'appétit est capricieux, et surtout elle s'inquiète, elle vit dans de continuelles angoisses, elle est névropathe au plus haut degré. Je lui trouve un col utérin normal, mais porté à gauche et en avant; un corps penché en arrière et surtout à droite, paraissant un peu augmenté de volume. Je la fais entrer à l'hôpital Bichat le 17 novembre 1887, pour l'examiner à loisir; elle y reste une dizaine de jours, sans que le volume et la forme de l'utérus, qui est toujours en latéro-version, me permettent de choisir entre un fibrome et une simple déviation, et sans qu'une indication formelle se dégage. Sortie de l'hôpital, je la tiens en observation et la revois à diverses reprises jusqu'à la fin de l'année; c'est pendant cette période que la situation change d'aspect. La malade est de plus en plus souffrante, elle marche péniblement, et dans l'espace d'un mois l'utérus grossit à vue d'œil; le col est tout à fait porté vers la gauche, le corps fait saillie à droite et en arrière, on juge de son volume avec le doigt placé dans le vagin et la main gauche plongeant derrière le pubis; il est lourd, abaissé, déjà on le repousse plus difficilement.

Ainsi, j'avais affaire à un de ces utérus bourrés de fibrômes qui s'alourdissent et s'enclavent, au lieu de pousser vers l'abdomen, qui bientôt sont à l'étroit dans l'enceinte pelvienne, compriment les nerfs et amènent des douleurs intolérables. En présence de cette évolution menaçante, je pensai qu'il fallait intervenir, malgré l'absence d'hémorrhagies, avant que l'utérus fût totalement enclavé et la malade épuisée par ses souffrances; et je lui proposai d'entrer dans mon service, à l'hôpital Tenon.

Elle y vint le 12 janvier 1888, et je fis l'opération le 19 avec l'aide de mes internes, MM. Ardouin, Calot et Pfender. — L'utérus est abaissé

sans trop de peine et redressé par la traction. Le décollement de la vessie marche bien, mais, comme il arrive avec ces gros utérus, il m'est impossible d'ouvrir le cul-de-sac du péritoine; la sonde, plusieurs fois introduite dans la vessie, me montre que, si je tenais à perforer la séreuse avec un instrument mousse au delà des limites que mon doigt peut atteindre, je risquerais de blesser la paroi vésicale, dont je connais par expérience — je vous le rappellerai bientôt — la minceur et le défaut de solidité. Après de vains efforts, je change mes batteries, j'attaque le cul-de-sac postérieur et je pénètre facilement dans la cavité de Douglas.

Je voulais absolument ouvrir le cul-de-sac antérieur du péritoine avant d'introduire la pince longue, afin de saisir complètement et solidement le premier ligament large, car la difficulté que je devais avoir à morceler cette masse fibreuse m'obligeait à assurer parfaitement l'hémostase. C'est alors que le crochet mousse de M. Quénu, que j'ai présenté à la Société de chirurgie le 26 octobre dernier (1), me rendit un grand service. Je l'introduisis par le cul-de-sac postérieur ; son extrémité courbe ne pouvait embrasser le fond de l'organe augmenté de volume, mais placé obliquement, il put saisir une des cornes et vint faire saillie au devant de l'utérus. Alors, soulevant la vessie avec l'index de la main gauche, et appuyant la pulpe du doigt sur l'extrémité mousse du crochet, je glissai de longs ciseaux qui firent une boutonnière en ce point précis ; les deux instruments métalliques s'étant rencontrés, je n'avais plus qu'à pousser le doigt dans la brèche et à l'agrandir.

La pince longue introduite et placée, la section faite et l'utérus libéré à droite, impossible de songer à extraire toute la masse d'un seul coup. Avec de forts ciseaux et des pinces à mors solides, je sectionne en divers sens, j'enlève de gros fragments et j'énuclée, chemin faisant, de petites tumeurs; il ne coule pas une goutte de sang. Malheureusement, pendant ces manœuvres, une pince à traction accroche par une de ses dents le bas-fond de la vessie et y fait une déchirure transversale de deux centimètres. Fâché de ce contre-temps, qui va prolonger une opération déjà laborieuse, mais non déconcerté, je continue le morcellement, et bientôt les restes de l'utérus sont extraits d'un seul bloc. Pincement du second ligament large, ablation, toilette du péritoine.

Il faut maintenant réparer la plaie vésicale. Je ferme d'abord le péritoine avec quelques tampons iodoformés; puis, avec une aiguille de Reverdin, je place quatre fils transversaux qui passent au-dessous de la déchirure, et qui prennent seulement le tissu cellulaire sous-vésical; noués sur la ligne médiane, ils refoulent en haut les bords de la plaie et forment un premier étage de sutures au catgut. La partie antérieure de la section vaginale est réunie à son tour, au-dessous de la vessie, par des fils placés transversalement, second étage de sutures qui double le premier. — Pansement iodoformé comme à l'ordinaire ; l'opération a duré deux heures.

Bien sûr d'avoir fait correctement l'antisepsie, rassuré d'avance sur la réparation vésicale, sachant comme tout marche bien après l'hystérectomie vaginale même la plus laborieuse, quand l'hémorrhagie n'est pas en cause, j'avais pleine confiance dans les suites de mon opération. Cependant, mon attente fut trompée. Le lendemain, 20 janvier, je trouvai le malade sans vomissements, sans fièvre, mais dans un état de stupeur qui me parut

(1) *Union médicale*, 3 nov. 1887, p. 647.

©BIU Santé

inexplicable. Elle était immobile et muette ; quand on attirait vivement son attention, elle ouvrait les yeux sans voir, essayait de balbutier quelques mots, et retombait dans un sommeil profond. Comme la température était à 37°, les pouls à 76, la respiration libre et tranquille, j'avoue n'avoir pas été fort inquiet, et n'avoir pas cru d'abord au coma urémique, dont le nom fut prononcé. Le cathétérisme, pratiqué toutes les deux heures à cause de la blessure vésicale, ne retirait que peu d'urine ; mais rien n'avait jusqu'ici attiré mon attention sur les fonctions rénales. Une analyse sommaire, faite au mois de novembre et d'ailleurs négative, n'avait pas été renouvelée. Mais la malade était profondément névropathe ; je crus pouvoir attribuer à quelque trouble nerveux temporaire ce sommeil comme léthargique, et je n'en fus pas très effrayé le premier jour.

Le 21, ablation des pinces ; même état nerveux, pouds 90, t. 37°. Le 22, t. 37°8 et pouls 120 ; la stupeur est plus accentuée, et je ne suis plus du tout rassuré. Le 23, l'illusion n'est plus possible : coma profond, pouls 130 et t. 35° vers le soir. Puis, dans la journée du 24, ascension nouvelle à 38°, et mort à 5 heures du matin ; elle a vécu six jours.

L'autopsie est des plus instructives. En soulevant avec précaution les anses intestinales, je trouve le péritoine froncé derrière la vessie ; la section des ligaments larges regarde obliquement en bas, leurs deux bords supérieurs s'inclinent et se réunissent sur la ligne médiane. Entre eux et la vessie, la fermeture de la plaie sous-péritonéale est complétée par une anse d'intestin grêle qui passe transversalement. La cavité abdominale est donc absolument séparée du foyer opératoire ; la séreuse est parfaitement saine, la surface intestinale est pâle, aucune trace de liquide dans le petit bassin.

J'ouvre la vessie, qui est petite, revenue sur elle-même et ne contient pas d'urine. Les bords de la déchirure sont accolés et légèrement rebroussés vers l'intérieur ; en les disjoignant, j'aperçois les fils de ma suture sous-vésicale ; d'autre part, je constate par le toucher que les fils vaginaux ont parfaitement tenu, et que les deux étages de sutures forment au-dessous de la vessie un plan résistant et d'une notable épaisseur.

Rien ne pouvant jusqu'ici m'expliquer la mort, je procède à l'examen des divers organes. Les uretères sont normaux, à bonne distance de la section des ligaments larges ; mais, en les suivant, j'arrive à droite sur un rein d'une petitesse remarquable, ayant à peine 7 centimètres de long. Sa couleur et sa consistance n'ont rien d'extraordinaire ; la substance corticale est d'une minceur extrême ; il pèse 90 grammes (poids normal, d'après Sappey, 170 grammes). A gauche, l'atrophie est encore plus grande : longueur, 4 centimètres ; poids, 40 grammes ! L'examen de ces deux reins minuscules a été fait par M. Pilliet, préparateur au laboratoire d'histologie de la Faculté, qui a bien voulu m'envoyer la note suivante : « Sclérose interstitielle assez marquée des deux reins, surtout du petit ; mais ce n'est pas là le rein interstitiel type, ce n'en serait tout au plus qu'une première période. Pas de traînées ou d'amas de cellules embryonnaires indiquant une poussée récente, d'origine corticale ou ascendante. »

Aucune lésion n'est relevée dans les autres organes.

Voilà, certes, une cause de mort inattendue et des accidents peu communs. Cependant, l'autopsie faite, ils ne m'ont plus étonné. J'ai publié

dans la thèse du docteur de Madec (1), l'observation d'une malade que j'avais opérée d'un cancer utérin, et qui mourut le troisième jour, sans infection ni péritonite, avec des phénomènes nerveux singuliers : aphasie, agitation, soubresauts convulsifs. A l'autopsie, « le péritoine pariétal et viscéral est intact, et la cavité abdominale entièrement séparée de la plaie, sans une goutte de liquide, sans trace d'arborisations vasculaires. La déchirure péritonéale, vue par en haut, est froncée, agglutinée ; le bord supérieur des ligaments larges prend part au froncement, et leur section, inclinée en bas, se confond avec le tissu cellulaire. Celui-ci forme au-dessous du péritoine un foyer nettement circonscrit... Mais, en revanche, on trouve les deux uretères gros comme le petit doigt, les reins et le foie profondément altérés. Les reins, examinés par M. Artaud, chef de laboratoire au Muséum, présentent un degré avancé de la néphrite interstitielle si habituellement observée chez les cancéreuses à la suite de la compression des uretères. »

J'attribuai les symptômes nerveux à l'urémie, et l'échec opératoire à la dégénérescence des organes. Aucun signe n'attirant mon attention de ce côté, l'examen de l'urine n'avait pas été fait. Je ne sais s'il m'eût retenu la main; quoi qu'il en soit, je ne fais plus l'hystérectomie chez une cancéreuse avant d'avoir exploré à fond son appareil urinaire.

Chez Mme D..., je n'ai trouvé d'autre lésion que l'atrophie rénale pour expliquer la mort. On conçoit bien que des reins de 40 et 90 grammes aient été insuffisants après le choc opératoire, et soient devenus la cause des phénomènes comateux. Aucun symptôme n'avait pu me faire soupçonner cet état viscéral; je regrette néanmoins de n'avoir pas renouvelé, avant l'opération, l'analyse de l'urine, mais sans être bien sûr que le résultat de cette analyse m'eût empêché d'intervenir.

Vous avez remarqué l'usage que j'ai fait du crochet de M. Quénu. C'est peut-être un instrument d'exception, mais ce n'est pas, comme on l'a dit à la Société de chirurgie, un instrument inutile ou manquant son but. Il peut servir à abaisser l'utérus; mais surtout, dans les cas difficiles, il aide à trouver les culs-de-sac du péritoine et à les perforer sans blesser les organes voisins.

Enfin, j'attire votre attention sur la déchirure vésicale et sa réparation. C'est un incident fâcheux, mais dont je n'ai plus peur. J'ai blessé quatre fois la vessie. La première fois, c'était dans un cas désespéré; mort de collapsus le lendemain de l'opération; je ne puis savoir ce qui serait advenu de mes sutures (2). La seconde et la troisième fois, c'était chez des cancéreuses trop avancées pour l'hystérectomie, auxquelles je faisais l'amputation sus-vaginale irrégulière. Toutes deux furent opérées à l'hôpital Bichat, l'une en juillet, l'autre en décembre 1887; les observations seront publiées quelque jour. Dans les deux cas, mon doigt pénétra dans la vessie en cherchant à vaincre son adhérence à l'utérus, plus étroite qu'à l'ordinaire mais purement fibreuse, la paroi n'étant pas envahie par le cancer Cette paroi est mince et fragile, et un effort léger triomphe de sa résistance, pour peu que le tissu cellulaire manque de souplesse entre les deux organes. Dans les deux cas, je fermai l'orifice accidentel par deux étages de sutures disposés comme je vous l'ai dit: les fils du premier plan traversaient, non

(1) R. de Madec : *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*, 1887, p. 92.
(2) R. de Madec: *Loco cit.*, p. 96.

©BIU Santé

la paroi vésicale, mais le tissu cellulaire qui la double immédiatement ; ceux du second plan rapprochaient au-dessous d'elle les bords de la plaie vaginale. Les deux malades guérirent sans fistule, et sont encore vivantes.

Mon quatrième cas est celui dont je viens de vous raconter l'issue malheureuse. La bonne tenue des sutures pendant les six jours qui suivirent l'opération, et leur solidité parfaite constatée à l'autopsie, me donnent la certitude que la réunion se serait achevée sans encombre et que la réparation eût été aussi complète que dans les cas précédents. Voilà pourquoi je vous disais que la blessure de la vessie au cours d'une hystérectomie vaginale est un incident fâcheux, mais n'a rien qui doive nous déconcerter.

REVUE DES JOURNAUX

Contagiosité du cancer. — Nous lisons ce qui suit dans le *Medical Record* du 31 décembre 1887 : 1° Un individu qui avait vécu pendant plusieurs années dans les Indes consulta le docteur Richard Budd pour un cancer de la lèvre, et refusa toute espèce d'opération. Quand il fut obligé de garder le lit, un petit chien terrier favori, qui ne quittait presque pas sa chambre, vint fréquemment, selon l'habitude de cette espèce canine, lécher les lèvres de son maître. Or, ce chien mourut avant son maître d'un cancer de la langue. — 2° Une dame qui souffrait d'un cancer de l'utérus avait pour garde-malade une jeune femme de 19 ans, forte et pleine de santé. Celle-ci, malgré les conseils qu'on lui donna, continua à laver les linges qui étaient souillés par les produits des plaies de sa maîtresse. Six mois après la mort de cette dernière, la jeune femme fut admise dans le *North Devon Infirmary* avec un volumineux produit cancéreux de l'aisselle, dont elle mourut en peu de temps. — 3° Le docteur Richard Budd dit avoir vu mourir de cancer cinq chirurgiens qui avaient exercé dans l'hôpital qui vient d'être cité, et il pense qu'une telle mortalité ne peut s'expliquer qu'en admettant, au moins pour quelques-uns des décédés, une transmission contagieuse des malades atteints de cancer aux chirurgiens qui ont été chargés de leur traitement. Il cite, en outre, d'après le docteur A. H. Clemon, le cas d'un homme dont la femme était morte d'un cancer de la matrice, et qui mourut lui-même d'un cancer de la verge. — Ces faits doivent être acceptés sous toute réserve, mais ils méritent d'être pris en considération. D'après un bruit qui a couru dans le temps, le professeur Alibert se serait par bravade inoculé au pouce un peu d'humeur cancéreuse, et il serait mort d'une affection de cette nature. — R.

THÉRAPEUTIQUE

Antisepsie pulmonaire dans le traitement des maladies de l'appareil respiratoire et en particulier de la tuberculose pulmonaire

Par le docteur P. D.

Les déco uvertes récentes de la bactériologie ont lancé la thérapeutique dans une voi nouvelle. La médication, basée sur le hasard de l'empirisme, a dû faire place à la thérapeutique rationnelle. Aujourd'hui, nous savons à n'en plus douter que la phthisie est contagieuse et inoculable, qu'elle est due à un parasite introduit dans l'organisme où il opère son travail pathogène. Il est donc tout naturel de baser le traitement de cette maladie sur les notions nouvelles dont nous ont dotés l'expérimentation et l'examen microscopique.

Puisque la tuberculose est le résultat de l'action nocive d'un microbe sur les tissus, il

est logique de chercher une substance ou une série de substances capables de contre-balancer son action. Certains auteurs s'efforcent d'attaquer et de détruire le bacille; d'autres veulent imprégner l'organisme d'agents qui le rendent réfractaire aux attaques du microbe. Quelle que soit celle des deux théories que l'on adopte, il faut avoir recours à l'emploi des mêmes médicaments choisis dans la série des antiseptiques, des aromatiques et des balsamiques. Telle est la base du *traitement aseptique de la phthisie pulmonaire* et de plusieurs autres affections des voies respiratoires : catarrhe des bronches avec ou sans emphysème, asthme, coqueluche, etc... Ce traitement rend également les plus grands services dans les complications pulmonaires d'un certain nombre de maladies parasitaires, rougeole, fièvre typhoïde, etc...

Cette doctrine nouvelle, séduisante au premier abord, présente dans la pratique une difficulté presque insurmontable. Elle exige des doses d'antiseptiques qui auraient certainement une action dangereuse sur l'organisme. Aussi il est probable que l'antisepsie pulmonaire serait toujours restée à l'état de théorie, sans l'idée ingénieuse qu'a eue le docteur Albin Meunier (de Lyon) d'employer des véhicules qui permettent d'administrer, par la voie hypodermique et par l'estomac, les antiseptiques, sans aucun danger pour le malade, à des doses très actives et rapidement absorbées.

Les travaux de notre savant confrère ont été communiqués cette année à l'Académie de médecine (28 mars 1887); le *Lyon Médical* et les journaux de thérapeutique (*Bull. de Thér.*, 15 janvier 1887, 30 janvier, 28 février) les avaient déjà signalés à l'attention du monde scientifique. L'antisepsie pulmonaire est basée sur la méthode des injections sous-cutanées de substances microbicides; elle n'est applicable que par le médecin. Aussi, pour simplifier le traitement, le docteur Albin Meunier a fait confectionner toute une série de capsules antiseptiques, pour permettre l'introduction des médicaments par la voie stomacale. Ces capsules sont à base de phénol, d'eucalyptol, d'iodoforme, de menthol, etc... Ces médicaments sont seuls ou combinés entre eux : phénol iodoformé, eucalyptol phéniqué, eucalyptol phéniqué iodoformé, etc... La dose habituelle est de une à trois capsules, prises au milieu de chaque repas. L'expérience a montré qu'il est bon d'alterner ces diverses espèces de capsules et de modifier, toutes les semaines par exemple, la combinaison antiseptique employée.

De nombreuses recherches ont prouvé que les essences volatiles modifient très favorablement les affections broncho-pulmonaires. Comme antiseptique, elles arrêtent l'évolution bacillaire ; comme balsamique, elles diminuent les quintes de toux, transforment favorablement la nature des sécrétions et font disparaître l'oppression.

Tous les malades soumis au traitement par les essences antiseptiques sont frappés de la rapidité incroyable avec laquelle l'haleine et l'urine sont imprégnées de l'odeur du médicament. Ce phénomène, qui se produit souvent en quelques minutes, est la preuve évidente de l'imprégnation presque instantanée de l'organisme. Ce traitement ne produit d'ailleurs aucune fatigue de l'estomac; il est parfaitement toléré, il permet l'association de la médication reconstituante, aussi il a donné les résultats les plus sérieux, il améliore toujours et guérit souvent. On peut même dire que, lorsque la maladie n'est pas arrivée jusqu'à la période ultime, lorsqu'elle n'a pas produit de dégâts incompatibles avec l'existence, la guérison est la règle. Chez tous les phthisiques, à la première et à la deuxième période, soumis à une antisepsie pulmonaire rigoureuse, nous avons constaté le retour de l'appétit, l'augmentation du poids, la disparition des sueurs nocturnes et de la diarrhée, ainsi qu'une transformation très favorable des signes stétoscopiques.

Lettres de Suisse

Berne, Janvier 1888.

La question des hernies et de leur traitement chirurgical étant à l'ordre du jour, je me permettrai de vous signaler une communication du professeur J. L. Reverdin (*Revue médicale de la Suisse romande*, n° 10, 1878), qui est en même temps une contribution à la question du siège de l'étranglement dans les hernies crurales.

©BIU Santé

Il s'agit d'une jeune malade de 27 ans chez laquelle M. Reverdin a pratiqué pour une hernie crurale non étranglée l'opération radicale, en avril 1887. La malade ayant été vue le 14 septembre pour la dernière fois, le temps écoulé depuis l'intervention chirurgicale est certainement beaucoup trop court pour que la guérison puisse être considérée comme définitive, quoique la malade n'ait pas montré trace de récidive de la hernie.

Contrairement à M. Championnière et à d'autres, M. Reverdin ne croit pas que la suture des piliers ou de l'anneau doive être négligée. La barrière ainsi établie peut n'être que temporaire, il est vrai, les tissus fibreux que l'on rapproche pourront peut-être s'écarter plus tard, mais, pendant les premiers temps au moins, immédiatement après l'opération en tous cas, c'est une porte formée devant l'impulsion des viscères pendant les efforts divers de vomissement, de défécation, etc. D'ailleurs il n'est pas convaincu que cette barrière soit si peu solide qu'on veut bien le dire; car il a déjà publié en 1885 dans la même revue, l'observation d'un vieillard de 72 ans opéré pour une énorme hernie incoercible, l'anneau était énormément béant, il a été suturé. Plus de trois ans après l'opération, M. Reverdin ne pouvait y introduire même le bout de doigt. Il en était à peu près de même chez un second malade opéré pour une énorme épiplocèle. Dix mois après l'opération, on ne pouvait introduire dans l'anneau que le bout de l'index.

Dans les hernies crurales la suture de l'anneau paraît devoir être moins facile et moins efficace que dans les inguinales; cependant la partie externe de l'anneau peut, comme M. Reverdin l'a fort bien constaté dans le cas mentionné plus haut, être assez facilement rapproché du bord interne constitué par le ligament de Gimbernat.

L'observation de M. Reverdin est encore intéressante au point de vue de la question du siège de l'étranglement dans les hernies crurales. Après avoir énuméré les différentes opinions émises par Chassaignac, Malgaigne, Gosselin et cité la thèse du docteur Bax (Paris 1869), l'auteur continue : « Mon opérée présenta, une année après le début de sa hernie, un étranglement qui a cédé, il est vrai, au taxis, moi-même j'ai éprouvé une certaine difficulté à réduire sa hernie et il n'est pas douteux pour moi, que si l'on n'était intervenu à temps, le taxis eût pu devenir inefficace; en somme, à deux reprises au moins l'étranglement a eu lieu, mais a pu être vaincu parce qu'il en était encore à sa période de début.

Or, pendant l'opération, j'ai pu constater très nettement que le sac herniaire était recouvert par le fascia crebriformis intact, j'ai dû, pour arriver sur lui, inciser une lame aponévrotique parfaitement distincte et traverser un lacis de filaments qui m'ont paru être des vaisseaux lymphatiques; la lame aponévrotique n'avait certainement pas été traversée par la hernie, lorsque j'ai dû réduire celle-ci avec quelque effort six jours auparavant; j'aurais dans ce cas trouvé la trace de ce passage pendant la dissection de la région. Pendant l'opération encore, j'ai dû décoller avec le doigt du pourtour de l'anneau crural, particulièrement du bord du ligament de Gimbernat, une partie du sac rétrécie, présentant nettement une empreinte circulaire et paraissant assez résistante. Sur la pièce, après section du péritoine, au-dessus de cette partie, j'ai constaté la présence d'un véritable collet ; voici du reste les notes que j'ai prises immédiatement après l'opération : sur la pièce on trouve le sac doublé d'un peleton adipeux; ce sac présente un collet bien formé occupé dans la moitié de sa circonférence par un tissu blanc avec de petits rayons (stigmates) d'apparence cicatricielle; la section du péritoine correspond à plus d'un centimètre et demi au-dessus de ce collet; dans le corps du sac la séreuse présente un aspect normal. » Donc ce sac présentait un collet, mais bien accusé seulement dans la moitié de sa circonférence; cette moitié correspondait-elle au ligament de Gimbernat? je ne puis le dire. Ce collet a-t-il été, ou avait-il pu jouer le rôle d'agent d'étranglement? cela me paraît plus que probable. Dans ce cas, nous ne pouvons hésiter qu'entre trois alternatives ; lors de l'étranglement commençant, celui-ci a pu être dû au collet seul, à l'anneau crural seul ou à tous deux à la fois; mais en tous cas, il n'a certainement pas eu pour agent un anneau accidentel du fascia crebriformis. Tout isolée qu'elle est, mon observation n'en est pas moins péremptoire et prouve que l'opinion de Malgaigne ne peut être admise d'une façon exclusive, que, à côté de l'étranglement par le fascia crebriformis, il faut réserver une place pour celui qui se produit au

niveau de l'anneau crural, que l'agent d'étranglement soit d'ailleurs, dans ce cas, ou l'anneau fibreux lui-même ou le collet du sac. »

Pour en revenir aux indications de l'opération radicale comme traitement des hernies non étranglées, je vous dirai qu'en Suisse nous admettons, en règle générale, que toute hernie incoercible par un bandage, ou gênant son porteur de façon à le rendre incapable de travailler, exige l'opération. Il en est de même de toutes les hernies où un bandage bien construit cause des douleurs. Quoique nous sachions bien que le chirurgien doit surveiller la construction et l'application du bandage qu'il ordonne à son malade, et d'un autre côté que l'opération radicale est malheureusement trop souvent suivie de récidive de la hernie, nous pensons pourtant mieux faire en proposant l'opération à notre malade, qu'en le livrant à tous les dangers et complications de l'incarcération, qui rendra nécessairement l'intervention chirurgicale plus difficile.

Comme preuve à l'appui de ce que je vous dis, je vous citerai la thèse du docteur Munzinger (Zurich, 1886), inspirée par le professeur Kronlein. Ce travail est basé sur 50 cas de hernies, traitées à Zurich de 1881 à 1884 par M. Kronlein. De ces 50 cas, 45 comprenaient des hernies étranglées et 5 des hernies non étranglées. Chez les premières, le professeur Kronlein a fait régulièrement l'opération radicale après la réduction de l'intestin. Par contre, il ne suture pas les piliers. La mortalité de ces 45 cas a été de 33 p. 100, aucun cas de septicémie, les malades sont morts la plupart de collapsus vu leur grand affaiblissement à l'entrée à l'hôpital. Les hernies étranglées inguinales ont donné de plus mauvais résultats que les hernies crurales. Les 5 autres cas de hernie non étranglée ont tous guéri. Un des cinq cas a eu seul une petite récidive, tandis que les quatre autres sont restés guéris après plusieurs années.

M. Munzinger conclut à la fin de son travail que si l'opération radicale ne tient pas tout ce que l'on pourrait attendre d'elle, elle offre néanmoins des avantages réels à quantité de gens qui, sans elle, seraient incapables de travailler, et que par conséquent le chirurgien est tenu à la pratiquer dans les cas mentionnés plus haut.

Un autre point dans le traitement chirurgical des hernies se rapporte à la suture des piliers. Ces derniers doivent-ils être suturés ou non? A Berne, nous pensons que l'on peut se passer de les suturer, si l'on fait l'excision du sac herniaire *très haut*. La récidive a dans la plupart des cas comme cause un trop long sac herniaire. Si pendant l'opération radicale on attire ce dernier autant que l'on peut et que l'on excise très haut, l'on ne risquera pas de récidive, que les piliers soient suturés ou non.

Comme vous voyez, nous ne considérons pas l'opération radicale des hernies comme dangereuse; il va néanmoins de soi que personne ne l'entreprendra, à moins d'être absolument sûr de son antisepsie. J'ai eu souvent l'occasion de voir pratiquer l'opération ces derniers semestres soit par mon maître, M. le professeur Kocher, soit par d'autres chirurgiens, je l'ai moi-même aussi pratiquée plusieurs fois, et pourtant je ne saurais me rappeler avoir vu un cas de mort succéder à l'opération radicale d'une hernie non étranglée.

Il m'est d'ailleurs fort agréable d'être à même de vous confirmer les bons résultats obtenus ici en chirurgie, grâce à l'antisepsie employée. La plus grande partie des plaies des parties molles (par exemple les excisions de goître, d'autres tumeurs, les hémiotomies, etc.) guérissent presque régulièrement en *trois ou quatre jours*. J'ai même eu l'occasion d'observer le cas d'une jeune fille chez laquelle M. Kocher avait fait la désarticulation de la hanche gauche pour ostéosarcome du fémur, où la plaie était si bien accollée après deux fois vingt-quatre heures que l'on put enlever toutes les sutures et que la plaie resta guérie et fermée sans fistule aucune.

A cette occasion, il est bon de mentionner que M. Kocher a inventé un procédé particulier pour la désarticulation de la hanche. Ce procédé, qui a été décrit dans la *Revue médicale de la Suisse romande* il y a plusieurs années par le docteur Roux, chirurgien à l'hôpital cantonal de Lausanne, consiste premièrement à détacher la tête du fémur. Ceci se fait par une incision angulaire sur le trochanter, incision que M. Kocher préconise aussi pour la résection de la hanche. La tête de l'os étant suffisamment dénudée, on fait, comme second temps de l'opération, l'amputation de la jambe au tiers supérieur. Le malade étant ensuite retourné sur le côté, on saisit la tête du fémur par la

©BIU Santé

plaie du haut et on enlève ainsi l'os. Ce procédé a le grand avantage de former un très bon moignon, puis de laisser au chirurgien tout le temps désirable pour faire la ligature des vaisseaux, etc.

A la réunion des médecins du canton de Berne, qui eut lieu ici au commencement du mois, M. Kocher a présenté une malade chez laquelle il a pratiqué la résection de l'estomac il y a plus de *deux* ans. (Vous savez que le cas le plus ancien, après la résection de l'estomac, est celui de Woëfler, où le malade a survécu plus de *cinq* ans.) La malade de M. Kocher se trouve actuellement assez bien; elle se plaint toutefois ces derniers temps de douleurs vagues dans la région de l'épigastre qui font craindre l'existence d'une récidive. Au palper, l'on ne peut sentir aucun épaississement. Si les plaintes continuaient et si le diagnostic de récidive pouvait se faire, M. Kocher proposerait à la malade la gastro-entérostomie de Socin, opération de laquelle j'ai déjà entretenu vos lecteurs dans une de mes *Lettres* précédentes. A la même réunion, M. Kocher présenta aussi un homme chez lequel il avait fait l'excision d'un cancer de la langue. Le malade est resté complètement guéri, malgré les trois années qui se sont écoulées depuis l'opération. Enfin, il présente aussi un malade atteint d'un *kyste du pancréas*. Cette affection rare en chirurgie — au moins à en juger d'après la littérature — est plus favorablement traitée par l'incision en deux temps et le drainage que par l'extirpation du kyste. Cette dernière méthode a donné, d'après la statistique, 4 insuccès sur 5 cas!

M. Kocher n'emploie plus de *catgut* dans son service de chirurgie. Il a fait l'expérience que bien des qualités de catgut, livrées par les meilleures maisons de commerce, ne peuvent être rendues aseptiques dans le vrai sens du mot, parce que la solution antiseptique ne peut suffisamment y pénétrer et les imprégner. Il n'emploie que de la soie, qu'il prépare aux mêmes solutions que le catgut et dont il est très content. Depuis qu'il en fait usage (il y a environ une demi-année), il n'a plus eu d'infection à son service. M. Kocher croit, en général, moins à l'infection par l'air qu'à celle par contact direct; il dirige, par conséquent, toute son attention sur les mesures antiseptiques à prendre par le chirurgien ou ses aides (lavage des mains, antisepsie de la plaie et de ses alentours). Le spray ne joue plus que très rarement. *Sic transit gloria mundi!*

P. Dumont.

De quelques nouvelles médications.

La valeur antiseptique des pansements au sublimé.

Mis en contact avec une substance albumineuse, le sublimé se précipite sous forme d'albuminate de mercure insoluble. Cette réaction se passe au niveau des plaies et il en résulte que les pansements perdent leurs propriétés antiseptiques.

Laplace est parvenu à empêcher la formation du corps insoluble en modifiant par l'acide tartrique les solutions destinées à l'irrigation des plaies et à la confection des gazes antiseptiques.

Voici les formules qu'il conseille.

Pour le lavage et l'irrigation des plaies:

Sublimé.....	1	gramme.
Acide tartrique.....	5	grammes.
Eau distillée.....	1000	—

Laver chaque jour pendant dix à vingt minutes au moins les plaies infectées à l'aide de cette solution. Il suffit de laver une fois les plaies fraîches et d'appliquer ensuite la gaze tartrique préparée avec:

Sublimé.....	5	grammes.
Acide tartrique.....	20	—
Eau distillée.....	1000	—

L'ouate, etc., neutre, dégraissée, doit être plongée deux heures dans cette solution, exprimée et séchée. Cette solution séjourne dans les pièces à pansements sans les détruire. (*Journ. de méd., de chir. et de th.*, 1887).

L'ERGOT D'AVOINE.

M. Bousquet a eu occasion de l'étudier dans un voyage de la province d'Oran. C'est un corps allongé, noir, long de 10 à 12 millim. et large de 3 à 4. Il est très effilé à l'une de ses extrémités et porte sur l'une des faces un léger sillon.

Les accoucheuses et les matrones arabes l'ont beaucoup employé. M. Bousquet l'a expérimenté sur onze cas ainsi répartis : hémorrhagies puerpérales, 3; inertie utérine puerpérale sans hémorrhagie, 4; métrorrhagie des jeunes filles ou de l'âge critique, 3; cancer de l'utérus, 1. Dans tous ces cas, il a été employé pulvérisé. L'action a été aussi rapide et aussi durable qu'avec l'ergot de seigle. En plus, il y a une action excitante générale, utile chez les femmes qui se trouvent dans cet état de prostration particulière qui suit un travail prolongé ou une hémorrhagie abondante.

(*Marseille médical*, 1887, 11.)

LE CHLORURE D'AMMONIUM ET LES INJECTIONS HYPODERMIQUES DE PHOSPHATE DE SOUDE CRISTALLISÉ DANS LE TRAITEMENT DE LA PELVI-PERITONITE CHRONIQUE, par J. CHÉRON.

Se basant sur l'action activante de ces sels sur la nutrition, l'auteur les emploie de la façon suivante:

Dans tous les cas où la température ne dépasse pas 37,8, il donne à l'intérieur le chlorure d'ammonium.

Chlorure d'ammonium.....	50	grammes.
Sirop simple.....	500	—

Une à cinq cuillerées à soupe par jour, au moment des repas.

Pour le phosphate de soude, il l'administre en injections sous-cutanées :

Phosphate de soude cristallisé.....	6	grammes.
Sulfate de soude.....	6	—
Eau distillée.....	120	—

Solution fraîche et bien filtrée. — Injecter très lentement et masser un peu la région. Répéter tous les six à huit jours. (*Revue méd. chir. des mal. des femmes*, déc. 1887.)

P. C.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

LA MÉTHODE DE VACCINATION PRÉVENTIVE DE LA RAGE EN ITALIE. — On sait qu'au laboratoire de la clinique médicale de Naples le professeur Cantani et le docteur di Vestea appliquent la méthode Pasteur et pratiquent les inoculations préventives de la rage depuis le 22 septembre 1886.

Depuis cette époque jusqu'à la fin de 1887, on a traité au laboratoire 187 malades. Sur ce total, 22 malades n'ont pas encore terminé la période dangereuse, les 165 autres ont subi le traitement depuis plus de 3 mois.

La statistique porte 3 morts sur ces 165 cas. On n'a pu acquérir que 49 fois seulement la certitude que l'animal qui avait mordu était atteint de la rage.

— La variole sévit avec intensité à Colon (Panama), à Port-de-France (Martinique) et s'est étendue autour de Saint-Pierre.

— La trichinose continue ses ravages en Saxe. D'après les publications du Conseil d'hygiène de Berlin, 150 malades ont été atteints de cette maladie au mois de janvier à Oberkunewald.

— Les docteurs Frichwald et Unger ont été nommés privatdocents de pédiatrie à la Faculté de Vienne.

— C'est le professeur Senator qui est nommé directeur de la Polyclinique médicale de l'Université de Berlin. — Ch. S.

©BIU Santé

COURRIER

M. le docteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, vient de communiquer à la *Gazette des hôpitaux* une lettre de M. le docteur Nogier, directeur du service de santé de la division d'occupation de l'Annam et du Tonkin. C'est un document fort intéressant, qui tend à démontrer que le début de notre occupation dans l'extrême Orient est beaucoup moins meurtrier que ne l'a été celui de notre établissement en Algérie, aujourd'hui si prospère. Nous nous empressons de transcrire la lettre de M. le docteur Nogier.

A Monsieur le docteur MAILLOT, *ancien président du Conseil de santé des armées.*

Hanoï, le 21 décembre 1887.

Monsieur le médecin-inspecteur,

En vous accusant réception de votre notice sur l'influence de la thérapeutique et de l'hygiène dans la décroissance de la mortalité, permettez-moi de vous adresser aussi mes remerciements.

La question traitée est pleine d'intérêt pour les médecins du Tonkin et, plus d'une fois, j'ai émis le regret de ne pas connaître les chiffres de mortalité du début de l'occupation de l'Algérie, afin d'avoir des termes de comparaison pour juger un peu de l'avenir médical du Tonkin.

La mortalité était à Bône, en 1833, de 1 sur 4; or, en 1886, au Tonkin, elle n'a été que de 1,726 sur 29,136 hommes d'effectif, soit 1/16 et, en 1887, jusqu'au 1er décembre, elle n'a été que de 1,815 sur 32,604 d'effectif, soit 1/16 également.

Pour ne tenir compte que du paludisme et de la dysentérie, il faudrait, dites-vous, faire la part du choléra; or, la voici : en 1886, le choléra a donné 259 décès et, en 1887, 601 décès; ce qui fait tomber les chiffres de mortalité à 1/19 et à 1/26.

Ces chiffres sont très favorables à votre thèse, car ils seraient sans doute très mauvais, si la médication quinique n'était pratiquée partout, dès le début des accidents fébriles.

La quinine est largement distribuée, même dans les petits postes sans médecin, par les soins des commandants de postes, qui sont pourvus d'une instruction à ce sujet.

Les soldats annamites eux-mêmes sont devenus avides de quinine, dont ils ont constaté les bons effets, et la consommation annuelle de l'armée du Tonkin est évaluée, aujourd'hui, à trois cent mille francs.

Vous voyez combien votre thérapeutique triomphe; nulle part son efficacité n'est contestée, et je crois qu'aucun médecin n'aura jamais la gloire d'avoir contribué par ses conseils à sauver autant d'existences humaines que M. le médecin-inspecteur Maillot.

Daignez agréer, Monsieur l'Inspecteur, mes remerciements et mes hommages très respectueux,

Dr NOGIER,
Directeur du service de santé de la division d'occupation
de l'Annam et du Tonkin.

IMPÔTS PESANT SUR LE CORPS MÉDICAL EN FRANCE. — Nous trouvons dans le *British medical Journal* du 11 février 1888 le résumé suivant d'une statistique de M. Leroy-Beaulieu : En France, la profession médicale fournit, chaque année, au trésor public, sous forme de patentes, la somme de 12,384,930 francs.

Dragées **Quinoïdine Duriez**. Très efficace contre récidives fièvres intermittentes.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CAPSULES ANTISEPTIQUES du docteur A. Meunier (de Lyon) à l'eucalyptol iodoformé, créosote iodoformée. Une à trois à la fin de chaque repas. — Pharmacie, Vicario, 13, boulevard Haussmann, près la rue Taitbout, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. G. Sée : Anémies et pseudo-anémies. — II. Association générale des médecins de France. — III. De quelques nouvelles médications. — IV. Bibliothèque : Flore pittoresque de la France. — V. Revue des journaux : Importance étiologique des bacilles du tétanos. — VI. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Anémies et pseudo-anémies.

Leçon recueillie par le docteur G. Schlemmer.

Messieurs,

Les méthodes d'investigation nouvelles permettent de préciser et de restreindre le cadre des anémies, dont la délimitation s'étendait, il y a une vingtaine d'années, d'une manière vague et pour ainsi dire indéfinie sous l'influence de conceptions erronées, actuellement renversées par les progrès de l'hématologie. En exposant aujourd'hui le plan que nous suivrons dans ces conférences sur les anémies vraies et sur les pseudo-anémies, je pense vous faire saisir, dès à présent, l'importance des enquêtes réalisées à l'aide des recherches histologiques et histochimiques et vous convaincre en même temps de la nécessité des examens hématoscopiques qui s'imposent désormais au clinicien, comme s'est imposée déjà depuis plusieurs années la recherche des bacilles de Koch dans les expectorations.

Les *anémies vraies* se distinguent, en effet, par des caractères histologiques et chimiques qui manquent à toutes les pseudo-anémies et qui autorisent à ne ranger parmi les premières que les altérations hématiques conformes à l'un des trois types suivants :

L'anémie qu'on peut peut appeler *totale* et qui résulte d'une hémorrhagie, d'ailleurs traumatique ou non, est caractérisée par une *diminution en bloc de tous les éléments* du sang. Si la restauration de l'élément aqueux s'effectue en général plus rapidement que celle de l'albumine et que celle des globules surtout, il n'en est pas moins vrai qu'à la suite de l'hémorrhagie une partie de la masse sanguine a été perdue intégralement.

Le second type d'anémie, qu'on pourrait désigner sous le nom d'*hypo-hémoglobinémie* a pour caractère une *déchéance fonctionnelle surtout* — plutôt que quantitative — de l'hémoglobine. La chlorose, qui répond à ce type d'anémie, ne présente guère en effet (d'après les travaux de MM. Hayem, Hénocque, etc.) d'abaissement dans le chiffre des globules ; c'est par une *diminution du pouvoir réducteur*, autrement dit par une augmentation dans la durée de la réduction de l'oxyhémoglobine, que se traduit cette affection constitutionnelle, qui se rattache à la croissance, qui cesse avec elle, et qui par conséquent constitue une maladie d'évolution, variable dans ces formes suivant les âges et suivant les sexes.

Quant au troisième et dernier type des anémies vraies, celui qu'on pourrait traduire par l'expression, plus ou moins correcte, *d'hypoglobulie*, il est

©BIU Santé

caractérisé par un amoindrissement du chiffre des hématies. — Je vous rappelle, de nouveau, que, contrairement à l'opinion récemment encore en vogue, le nombre des globules rouges n'est pas sensiblement abaissé chez les chlorotiques, tant que la maladie, du moins, n'est pas arrivée à cette période avancée qui se traduit par l'apparition de l'œdème et s'accompagne alors d'une véritable décomposition du sang.

Avant de vous parler de l'anémie, dite spontanée, qui répond au troisième type que je viens de vous signaler, il est nécessaire de vous mettre en garde contre la confusion universellement commise, il y a dix-huit ans à peine, entre cette forme et l'anémie qualifiée tantôt d'essentielle, tantôt de pernicieuse : c'est tout d'abord chez les mineurs qu'on a pu rattacher cette maladie à la présence des ankylostômes dans le tube digestif. Constatée plus tard en Égypte, où l'existence des vers intestinaux est assez fréquente, cette affection a été rapportée depuis, dans les différentes circonstances où elle s'est manifestée, à sa véritable cause, et elle est aujourd'hui reliée définitivement à son origine parasitaire.

En dehors de cette catégorie de malades, vous pourrez rencontrer, partout, des individus qui, sans cause connue, présentent une pâleur et une faiblesse persistante, en même temps qu'un abaissement durable du nombre de leurs hématies. Dans ces cas, on n'a pu soupçonner jusqu'ici qu'un trouble des fonctions hématopoiétiques : aujourd'hui, l'influence du foie, en ce qui concerne la restauration ou le maintien de l'intégrité des globules rouges, est déjà hors de cause; le rôle physiologique de la rate est, à cet égard, fortement mis en doute ; et, seule, la moelle osseuse semble jouir, à ce point de vue, d'une propriété fonctionnelle expérimentalement établie. Quoi qu'il en soit de cette donnée physiologique, l'anémie, désignée généralement sous le nom de spontanée (expression qui d'ailleurs n'apprend absolument rien sur son essence), est une affection dont la sévérité varie précisément avec le chiffre des hématies. Or, ce que je tiens à vous signaler, au point de vue de la symptomatologie et du diagnostic, c'est que *le pouvoir réducteur augmente dans cette maladie,* dont la cause, encore inconnue, affecte l'organisme entier.

Ce caractère impose donc au médecin la nécessité de l'examen hématoscopique. Et, en insistant à ce propos sur l'utilité générale des procédés expérimentaux susceptibles, dans la clinique, d'une application non seulement instructive, mais désormais indispensable, je saisis ici l'occasion de remercier M. Laborde, qui m'a décerné récemment la qualification de « vieux clinicien et jeune physiologiste ». Depuis huit ans que j'ai pris à tâche de rajeunir la clinique à l'aide de la chimie et de l'histologie, je suis de plus en plus convaincu de la nécessité de cette association. Je n'en veux citer encore pour preuve, aujourd'hui, que les cliniques dernièrement publiées par MM. Jaccoud et Dieulafoy au sujet du cancer stomacal, leçons dans lesquelles ces deux éminents cliniciens déclarent le diagnostic de cette affection souvent irréalisable sans le secours de la chimie.

Revenant au plan de notre étude, j'aborderai maintenant la classification des *fausses anémies.* Vous rencontrerez souvent des individus pâles, se plaignant de faiblesse, de migraines, de troubles gastriques et d'accidents nerveux divers, comme vous pouvez en observer chez les vrais anémiques; vous leur découvrirez aussi des souffles à l'auscultation; mais, chez eux, vous ne trouverez aucun des caractères propres à l'un des trois types de l'anémie vraie : vous ne verrez, chez eux, ni diminution en bloc des divers

éléments du sang, ni diminution dans l'activité de réduction de l'oxy-hémoglobine, ni diminution du chiffre des hématies accompagnée d'accroissement dans l'activité de réduction. Eh bien, en dehors de ces trois types d'anémie vraie, il existe trois formes de pseudo-anémie qui correspondent à trois sortes de malades :

Telle est d'abord la catégorie si nombreuse des *inanitiés*, car, à côté de l'inanition absolue, de l'inanition des gens qui mangent trop peu, il y a l'*inanition relative* de ceux qui mangent mal, qui prennent une quantité de viande insignifiante ou nulle et se bourrent de pommes de terre, de riz, de sarrasin; l'habitude de ces ingestions copieuses est invétérée à ce point, chez certaines populations, qu'en Russie par exemple, on n'a pu astreindre les soldats à la ration normale d'une alimentation physiologique qu'après leur avoir concédé pendant assez longtemps une proportion exagérée de féculents, tant il était difficile de supprimer brusquement le besoin, devenu impérieux pour leur estomac, de cette surcharge accoutumée. Joignez à cette liste d'inanitiés les gens qui souffrent d'une affection gastrique, d'une sécrétion insuffisante d'acide chlorhydrique, puis les malades surtout dont la digestion intestinale est troublée, notamment ceux dont les sécrétions pancréatiques sont défectueuses, et tous ceux encore qui présentent le long des voies digestives un obstacle mécanique quelconque. N'oubliez pas, enfin, l'*inanition respiratoire* de toute une classe d'individus qui, mangeant et digérant bien, vivent, sans prendre l'exercice nécessaire, confinés dans des clubs et dans des bureaux où s'ajoutent aux produits toxiques de l'air expiré les causes d'apnéisme résultant de la combustion des lampes ou du gaz dans un espace restreint. Vous comprendrez aisément que ce n'est pas en leur ingurgitant des préparations ferrugineuses, mais en leur imposant un régime mieux entendu, une aération mieux réglementée, un traitement hygiénique variable suivant les causes de leur inanition, que vous pourrez instituer pour toute cette série de malades une thérapeutique rationnelle et fructueuse.

Une seconde catégorie de faux anémiques est celle des *épuisés*; qu'il s'agisse d'ailleurs d'un épuisement d'origine musculaire ou nerveuse, peu importe : ce qui les distingue toujours des vrais anémiques, c'est l'absence d'une altération hématique conforme à l'un des trois types spécifiés précédemment. Je proteste seulement ici, en passant, contre la désignation trop banale de névrasthénie ; car, dans les cas en question, c'est tantôt l'estomac, tantôt un autre organe, qui est malade, et ce n'est pas uniformément dans le système nerveux qu'on doit forcément chercher le point de départ du mal.

Nous avons à examiner, en dernier lieu, les pseudo-anémies d'origine *toxique*, comme celle des saturnins, des hydrargyriques, etc., — d'origine *miasmatique*, comme celle des paludéens, — ou d'origine *virulente*, comme celle des syphilitiques qui se guérit, non pas à l'aide des médications ferrugineuses, mais bien avec le secours des préparations mercurielles (réputées pourtant anémiantes en raison de la cachexie consécutive à leur usage abusif et en réalité efficaces ici en vertu de leurs propriétés antiseptiques.) Parmi ces pseudo-anémies d'origine virulente, je veux vous signaler encore celle des suppurations, du cancer, de la scrofule et de la tuberculose. Je vous rappelle, en terminant, cette pâleur grisâtre qui frappe chez les phthisiques au début : avant que l'examen bactériologique décèle un bacille dans leur expectoration ou que l'auscultation découvre un craquement, ces

©BIU Santé

malades sont empoisonnés déjà par le virus ; j'ai pu constater, en outre, grâce à l'examen des matières gastriques pratiqué dans mes salles, que trois sortes de malades présentent de l'anachlorhydrie : les cancéreux, les brightiques et les tuberculeux. Ces derniers doivent par conséquent offrir les symptômes pseudo-anémiques à un double titre : en raison de leur empoisonnement virulent, et en raison du trouble de leurs sécrétions gastriques. Cette deuxième cause s'est trouvée mise en évidence, comme vous le voyez, par l'application des procédés de la chimie à la clinique ; c'est là un nouvel exemple à vous signaler en faveur de cette association, devenue nécessaire, entre la clinique et les méthodes scientifiques d'investigation.

Association générale des médecins de France.

Société locale de Saint-Quentin, séance du 1er décembre 1887.

L'Association générale a été vaillamment défendue par M. le docteur Surmay, contre ceux qui l'accusent de ne pas donner ce qu'on est en droit d'attendre d'elle, de rester au-dessous de sa tâche comme protection, comme moralisation, comme assistance, en un mot, de ne pas justifier la devise qu'elle s'est donnée.

L'autorité de l'Association générale, dit notre confrère, est indiscutable... Pour ce qui est de la moralisation et de la protection, si elle n'a pas entièrement rempli sa devise, on ne peut nier qu'elle a fait et qu'elle fait ce qui lui est possible. Le reste, il faut l'attendre d'une institution qui seule peut le donner, dont notre Société locale de Saint-Quentin a pris l'initiative, à laquelle le temps nous conduira, mais à laquelle l'Association — et ce ne sera pas là son moindre service — nous aura préparés.

Quant à l'assistance, l'Association a fait des prodiges. Elle ne donne, il est vrai, que des secours temporaires et des pensions qui, bien que viagères, ne sont pourtant qu'éventuelles. Encore ici, elle a fait tout ce qui lui est possible, et ce que l'on voudrait qu'elle fît en plus, à savoir, servir des pensions de droit, c'est à d'autres institutions qu'il faut le demander.

Ici l'orateur passe en revue l'Association médicale mutuelle du docteur Lagoguey, la Caisse des pensions de retraite du docteur Lande, le projet du docteur Benoist (de Saint-Nazaire).

Ces institutions sont excellentes et méritent d'être encouragées, et l'Association générale des médecins de France, loin de leur être hostile, permet même à des membres de son Conseil général de faire partie de leur comité de direction. Mais l'esprit de ces établissements n'est pas identique à celui de l'Association. Il s'agit ici non d'assistance charitable entre confrères, non d'autorité, de moralisation et de protection, mais simplement d'un placement fructueux pour les économies que l'on peut faire en vue de se créer, pour le temps du repos volontaire ou forcé, une rente qui permette de vivre ou qui aide à vivre, qui ajoute même à l'aisance ou à la richesse. L'élévation de la prime annuelle à verser est telle qu'elle ne peut être à la portée de tous, qu'elle doit même rester le privilège d'un nombre restreint. Et alors, par le caractère de spéculation qui leur est particulier, par l'indépendance de ces Sociétés financières les unes vis-à-vis des autres, quelle que puisse être leur multiplicité, elles ne peuvent prétendre ni à l'autorité, ni à l'influence moralisatrice que donne à notre Association fédérale son caractère d'universalité. Ce caractère d'universalité, je dirai même de désintéressement, l'Association le perdrait si elle devenait caisse de retraite. Bien plus, l'élévation de la cotisation indispensable pour cela, amènerait immédiatement la dissolution et l'Association se serait suicidée.

Demander, comme on l'a fait, à l'Association d'être une caisse de pensions de droit, c'est donc méconnaître son esprit, la détourner du but qu'elle s'est proposé, risquer de réduire à néant les efforts déjà utiles qu'elle a faits pour le relèvement moral de la profession, et compromettre peut-être pour toujours ce relèvement si désirable.

Que l'Association reste ce qu'elle est à présent, la gardienne de notre honneur professionnel, la protectrice de tous nos intérêts, la consolatrice secourable de nos infortunes; qu'elle prépare les voies à la constitution autonome, qui, seule, peut donner à notre profession, au point de vue moral comme au point de vue matériel, la situation forte qu'elle mérite et à laquelle elle aspire; qu'à côté d'elle, sans rivalité avec elle, sans hostilité surtout envers elle, se forment des caisses de pensions de retraite dont l'unité et l'honorabilité ne sont pas à discuter, mais dont le but est tout différent du sien. Et quand l'autonomie nous sera donnée par l'Ordre des médecins, quand, par les caisses de retraite, nous serons assurés d'une pension dans nos vieux jours ou dans nos infirmités, l'Association vivra encore; elle vivra toujours, parce qu'il restera toujours des infortunes que seule elle pourra soulager, parce que, si parfaite que soit la solidarité, si sincère que soit devenue la confraternité, il nous manquera encore une chose indispensable si nous n'avons pas la charité.

M. Surmay se demande si le projet de loi sur l'exercice de la médecine, dont le parlement est saisi, donnera satisfaction à tous les vœux du corps médical.

Non, le corps médical ne sera pas content, parce que, après comme avant, il souffrira du mal qui le ronge et qu'il ne veut pas s'avouer, et, ce mal, le voici : c'est l'absence de solidarité, c'est l'affaiblissement du sentiment de dignité, je dirai mieux, de fierté professionnelle, c'est le mercantilisme envahissant, c'est la tolérance pour la déloyauté et pour le charlatanisme diplômé, alors qu'on est sans pitié pour l'autre, et, comme conséquence de cela, c'est l'honorabilité discutée et, par suite, l'autorité souvent précaire d'une profession dont le prestige devrait être au-dessus de toute atteinte.

On se trompe si l'on croit que la Société ne demande aux médecins que des garanties de savoir. Elle leur demande avant tout des garanties de moralité ; et nous nous trompons nous-mêmes quand nous n'élevons de revendications qu'à l'égard de nos intérêts matériels. Notre premier bien, c'est notre honorabilité parfaite ; notre premier intérêt c'est l'intérêt moral, et, aussi longtemps qu'il ne lui sera pas donné entière satisfaction, les autres biens à la poursuite desquels nous nous attachons, parce que nous croyons les palper, tromperont notre avidité, fuiront devant nous et nous laisseront besoigneux, malcontents et confus comme il convient à des dupes.

Eh bien ! il n'y a qu'une loi qui puisse guérir notre mal véritable, c'est celle qui instituera l'Ordre des médecins. Là est le salut : je ne me lasserai pas de le crier.

Et qu'on ne dise pas que le nouveau projet de loi sur l'exercice de la médecine met le comble à notre satisfaction en autorisant les tribunaux à ajouter aux peines encourues, pour certains crimes et délits, la suspension et l'interdiction de l'exercice de la médecine. Cette aggravation de la peine qui s'applique aux crimes et délits définis par la loi, n'atteint en aucune façon les faits spéciaux qui entachent seulement la dignité professionnelle, le charlatanisme légal, etc. Ces faits-là sont exclusivement du ressort de la juridiction spéciale que nous demandons par l'Ordre des médecins. D'ailleurs, croit-on qu'un tribunal n'estimera pas le plus souvent, si ce n'est toujours, que l'interdiction pendant la durée de la peine est tout à fait suffisante? Et l'on verra alors comme aujourd'hui tel médecin condamné, par exemple à la réclusion pour crime d'avortement ou autre, revenir, sa peine faite, dans le pays même où il exerçait son industrie ou la porter ailleurs. Et cet homme sera votre confrère et il exercera la médecine sur le même pied que vous.

J'accueille pourtant avec satisfaction, même avec reconnaissance, cette faculté laissée au juge de suspendre ou d'interdire l'exercice de sa profession au médecin condamné, parce qu'elle met à néant cet argument cher aux adversaires de l'Ordre des Médecins, à savoir, que la suspension et l'interdiction qui seraient la sanction suprême de notre juridiction autonome sont d'une application impossible.

©BIU Santé

Vous savez le sort qu'a eu jusqu'ici le projet d'institution d'un Ordre des Médecins. Il ne faut pourtant pas en désespérer. Je vous disais, l'an dernier, que l'Union des Syndicats médicaux avait émis un vote en sa faveur et nommé une commission chargée de l'étudier.

Dans l'Assemblée générale du 13 novembre dernier, l'Union des Syndicats a fait plus. Elle a confié à une Commission permanente à laquelle elle m'a fait l'honneur de m'adjoindre, le soin de rechercher et de mettre en œuvre les meilleurs moyens de faire aboutir la création d'un Ordre des Médecins. Le meilleur moyen selon moi, c'est d'y intéresser les membres du Parlement, — et la chose est loin de me paraître impossible, — car, pour les médecins, autant ils seront heureux de vivre sous cette loi quand elle leur sera imposée, autant ils resteront indifférents ou divisés tant qu'il s'agira de l'obtenir.

De quelques nouvelles médications.

Du traitement de la chorée et d'autres maladies hyperkinétiques au moyen de la physostigmine, par Riess.

L'auteur a employé l'alcaloïde dans 40 cas de chorée. Dans 34 de ces cas, la maladie s'était développée chez des enfants ou des jeunes gens, et, chez la plupart, les accidents étaient récents; dans les 6 autres, elle avait atteint des personnes plus âgées, et il y avait 4 cas chroniques. Ces derniers furent améliorés et les autres guéris radicalement, sauf 4 qui moururent.

Chez quelques malades, cinq à six jours suffirent pour la guérison. Durée moyenne dans les cas traités, trente-trois jours.

L'alcaloïde a aussi eu une influence favorable dans 12 cas de tremblement de diverses espèces, dans 4 paralysies agitantes, 2 scléroses disséminées, 3 chorées post-hémiplégiques, 2 athétoses.

Riess a employé le sulfate en rejetant les solutions dès qu'elles devenaient rougeâtres. Il conseille de préférence le salicylate. Ordinairement, dose de 1 milligr. injectée une seule fois les premiers jours et deux fois dans la suite. Chez les petits enfants, débuter pendant quelques jours par 1/2 milligr. Quelquefois il est arrivé à 2 milligr. et même (2 cas) 3 milligr.

En fait d'inconvénient, le plus grave est le vomissement qui se manifeste d'ordinaire au bout d'une demi-heure à une heure, et généralement cesse au bout de quelques jours: quand il persiste, il est peu intense et n'empêche pas de continuer le traitement.

Quelquefois il y a, au début du traitement, une recrudescence de l'agitation musculaire. Le ralentissement du pouls est modéré et l'influence sur la pupille exceptionnelle.

Riess s'est toujours abstenu des doses élevées indiquées par Bouchut (3 à 4 millim. plusieurs fois par jour), parce qu'il obtenait par des doses moindres un effet suffisant.

(*Berlin. klin. Wochenschr.*, 30 mai 1887.)

Formules pour l'emploi de l'hydrate d'amylène, par Fischer.

Ce corps est un hypnotique qui n'affaiblit pas le cœur. Il est surtout indiqué chez les cardiaques, les phthisiques, les anémiques et les convalescents, à la dose de 1 à 5 gr.

Formules :

1° Hydrate d'amylène	7	grammes.
Eau distillée	60	—
Extrait de réglisse	10	—

Prendre la moitié en se couchant.

2° Hydrate d'amylène	6	grammes.
Chlor. de morphine	0 gr. 02	centigr.
Eau distillée	60	grammes.
Extrait de réglisse	10	—

Prendre la moitié en se couchant.

3° Hydrate d'amylène	5	grammes.
— Eau distillée	50	—
— Mucilage de gomme arabique	20	—

Pour lavement. (*Neuere Arzneimittel*, d'après le *Bulletin médical.*)

LE NAREGAMIA ALATA, par M. David HOOPER.

Croît sur la côte de Malabar. Employé par les habitants de ces régions comme émétique, de même que dans les maladies biliaires, les rhumatismes, sous forme de décoction ou d'infusion.

On utilise la racine et la tige, et le principe actif, alcaloïde appelé narégamine, réside surtout dans la partie corticale.

Antidysentérique puissant, son action comme émétique est la même que celle de l'ipécacuanha officinal. Dans ces deux cas, on peut le donner à la dose de 1 gramme. On l'emploie également à petites doses comme expectorant, surtout dans les bronchites des enfants.

Les formes pharmaceutiques les plus convenables sont la poudre et la teinture; le vin est une préparation presque inerte.

(*The pharmaceutical Journal* et *Journal de médecine de Bruxelles*, 1887.)

P. C.

BIBLIOTHÈQUE

BOTANIQUE POPULAIRE ILLUSTRÉE. — FLORE PITTORESQUE DE LA FRANCE — Anatomie — Physiologie — Classification — Description des plantes indigènes et cultivées, au point de vue de l'agriculture, de l'horticulture et de la sylviculture, publiée sous la direction de J. ROTHSCHILD, avec le concours de MM. Gustave HEUZÉ, *inspecteur général de l'agriculture*, BOUQUET DE LA GRYE, *conservateur des forêts*, Stanislas MEUNIER, *aide-naturaliste au Muséum*, J. PIZZETTA, *lauréat de l'Institut*, B. VERLOT, *chef de l'Ecole de botanique au Muséum;* à l'usage des lycées, collèges, écoles normales, écoles primaires, agriculteurs, horticulteurs, forestiers, artistes, etc.; ornée de 1,000 gravures, avec atlas de 82 planches en chromo et une carte agricole. — Deuxième édition. — Paris, J. Rothschild, éditeur.

La *Flore pittoresque de la France* est arrivée à sa deuxième édition. C'est là un jugement qui parle hautement en sa faveur. Ce beau volume, en effet, se recommande à un double titre, d'abord comme œuvre de science, puis, et d'une manière remarquable, par ses magnifiques qualités typographiques. Nous y trouvons réunis un traité de botanique et une flore. Le traité de botanique constitue un enseignement simple, clair et complet. La description des plantes est accompagnée de nombreuses vignettes de détail dans le texte, et de 82 planches en couleur. Cet atlas, « qui est en même temps un charmant album de salon, forme un genera complet de 500 plantes en couleur, dans lequel toutes les espèces typiques ont été figurées avec soin ». Avec raison, les auteurs insistent sur l'utilité de former une collection de plantes ou *herbier*, et à ce sujet, ils donnent d'excellentes instructions. Or, l'atlas qu'ils ont réuni est le plus bel herbier qu'on puisse imaginer, où les plantes n'ont point été desséchées, conservent leurs couleurs, sont vivantes aux yeux, et se prêtent à toutes les études.

C'est la classification de De Candolle qui a été suivie. Le nombre des termes techniques a été restreint autant que possible, et, dans la Flore, les noms scientifiques latins sont « précédés des noms français, tels qu'ils sont adoptés généralement par les botanistes ». — « La botanique, écrit le savant éditeur, est la science de tous les temps et de tous les lieux. » Et en ce qui nous concerne : « N'est-ce pas au règne végétal que la médecine emprunte le plus grand nombre de ses médicaments? » Il est très vrai que l'exercice de la médecine ne peut guère se concevoir sans des connaissances étendues en botanique; et c'est ce qui fait le succès d'un livre qui, comme celui-ci, indépendamment de son élégance, réunit et expose si bien tous les éléments utiles au praticien, dans la carrière médicale, comme aussi dans plusieurs autres carrières.

©BIU Santé

On trouve à la fin du volume les chapitres suivants : La flore au point de vue agricole en France, par Gustave Heuzé; — au point de vue horticole, par B. Verlot; — au point de vue forestier, par Bouquet de la Grye; — la flore fossile en France, par Stanislas Meunier. De plus, une table alphabétique des matières, des noms français, latins et populaires des plantes, des figures coloriées et noires, des noms d'auteur, etc. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

Nous extrayons d'une lettre écrite de Paris par un médecin allemand, le docteur Abel, le passage suivant :

« ...Je tâcherai de rendre compte, le plus exactement possible, de tout ce que j'ai vu, et je chercherai à reproduire ici l'impression que j'ai éprouvée. Avant de savoir quelles relations j'allais trouver à Paris, j'éprouvais quelque crainte de rencontrer, en ma qualité d'Allemand, des difficultés pour me faire introduire dans les divers établissements, — d'autant plus que je suis arrivé pendant une période où, du moins d'après les articles des journaux allemands, on devait redouter à tout moment de voir éclater une guerre entre l'Allemagne et la France. Je dois d'autant mieux reconnaître l'amabilité avec laquelle j'ai été partout accueilli et la grâce parfaite avec laquelle on m'a consacré un temps souvent considérable pour me faire visiter les hôpitaux. Aussi me suis-je souvent demandé si, en raison de ma qualité d'Allemand, il en eût été de même pour moi en Allemagne dans pareille circonstance? De politique, d'inimitié, pas l'ombre; les relations furent telles qu'on ne saurait en concevoir de plus idéales entre collègues et entre hommes ayant pour but le progrès de la science à l'aide du travail commun... » (*Deutsch. med. Zeit.*, 1887, p. 664.) — G. S.

Importance étiologique des bacilles du tétanos. — Ce travail, publié par Beumer (de Greifswaid), dans le *Centralblatt fur Chirurgie*, a été inspiré par l'observation de deux cas de tétanos survenus peu de temps l'un après l'autre.

Le premier cas a trait à un mécanicien qui, en jouant, reçut un petit éclat de bois sous l'ongle d'un doigt. Huit jours après ce petit accident, sans que le malade eut remarqué le moindre trouble dans son état de santé, et bien qu'il eût accusé que quelques légers picotements dans le doigt atteint, survint de la raideur accompagnée de douleurs dans les muscles de la nuque et du dos. Le jour suivant, se montra un premier accès spasmodique envahissant les muscles du tronc et ceux de la mâchoire. Puis les accès se répétèrent toutes les heures et demie. Au début, les contractions épargnèrent les membres supérieurs, mais ceux-ci ne tardèrent pas à se prendre à leur tour. Le doigt blessé (médius de la main droite) n'était que légèrement gonflé. On trouva sous l'ongle une petite écharde entourée d'une goutte de pus. Le malade succomba le quatrième jour après le début des accidents convulsifs.

C'est un enfant de 6 ans et demi qui fait le sujet de la seconde observation. Le tétanos était en pleine évolution quand il fut apporté à la clinique. Le petit malade qui marchait pieds nus avait une petite plaie à la plante du pied droit; l'autopsie ne révéla rien de particulier.

Beumer prit de très petits fragments de bois au lieu même où le mécanicien fut blessé et les introduisit sous la peau de plusieurs lapins et de souris. Le résultat de ces expériences ne varia pas; après une incubation de deux à quatre jours, les animaux moururent le troisième ou quatrième jour après le début des accidents morbides.

Les spasmes commencèrent toujours par les muscles de la région voisine du point où avait été pratiquée la plaie expérimentale.

De même, six souris reçurent sous la peau des parcelles de tissu cellulaire pris dans une région très voisine de la petite plaie située à la plante du pied de l'enfant mort du tétanos; les six rongeurs succombèrent au tétanos : les symptômes de la maladie se manifestèrent après une incubation de deux jours.

Le même résultat fut encore obtenu en plaçant sous la peau d'autres souris une petite

quantité de terre provenant du sol où l'enfant avait coutume de marcher nu-pieds : les souris moururent du tétanos.

L'auteur admet donc comme fort probable la production du tétanos par l'introduction dans l'organisme des bacilles décrits par Nicolaier, bacilles qui furent trouvés dans la plaie du pied de l'enfant. Inoculés aux souris, ces micro-organismes déterminèrent l'apparition des spasmes tétaniques. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 15 février. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Sur les varices des veines des nerfs. — Des abcès froids d'origine paludique. — De la résection et de la suture des nerfs dans les plaies de ces organes. — Du cathétérisme rétrograde. — Présentations de malades.

A l'occasion du procès-verbal, M. Verneuil déclare que les recherches qu'il a faites personnellement, il y a déjà longtemps, les nombreuses pièces anatomiques qu'il a déposées concernant les varices confirment les conclusions que M. Quénu a tirées de ses propres recherches sur ce sujet.

M. Schwartz a pu voir les pièces fraîches présentées par M. Quénu; elles ne permettent pas de révoquer en doute la réalité de l'existence des varices des veines des nerfs et, en particulier, du nerf sciatique. La clinique, d'ailleurs, confirme entièrement ces données anatomo-pathologiques. Chez une malade, l'extirpation d'un gros peloton variqueux exerçant une compression sur le nerf a été suivie de la disparition complète des douleurs sciatiques; en même temps, les veines variqueuses ont diminué considérablement de volume.

M. Trélat a donné des soins, pendant plusieurs mois, il y a neuf ou dix ans, à une dame qui se plaignait de douleurs sciatiques extrêmement vives. Ces douleurs étaient venues à la suite d'une phlébite qui avait laissé à la jambe des cordons variqueux volumineux et indurés. M. Trélat est convaincu maintenant que ces douleurs étaient occasionnées par la compression des nerfs. La malade finit, d'ailleurs, par guérir après quatre ou cinq mois de séjour au lit dans la position horizontale avec élévation du membre, applications de liniments variés, etc.

— A l'occasion de la communication de M. le baron de Saboïa (de Rio-Janeiro) sur les abcès froids d'origine paludique, M. Verneuil croit devoir revendiquer en faveur de médecins français, MM. Laveran, Richard et Girerd, la découverte et la description des microbes de la malaria. Ces travaux sont antérieurs de huit ou dix ans à ceux des médecins italiens dont a parlé M. de Saboïa.

M. Desprès ne saurait admettre la théorie microbienne des abcès froids consécutifs aux accès des fièvres palustres; il les rattache aux « abcès soudains » décrits autrefois par Delpech.

M. de Saboïa répond que, dans sa communication, il n'a eu d'autre but que de faire connaître une variété d'abcès froids différente de celle que M. Lannelongue a décrite sous le nom d'abcès froid tuberculeux. Cette variété n'a aucun rapport clinique avec les abcès soudains de Delpech.

Quant aux microbes constatés dans le pus de ces collections, ils ont été observés par son assistant, qui a fait, à la demande de M. de Saboïa, l'examen microscopique du liquide et a trouvé à ces micro-organismes les caractères de ceux que plusieurs auteurs italiens ont décrits sous le nom de microbes de la malaria. M. de Saboïa ne conteste d'ailleurs nullement ce que son savant maître et ami, M. Verneuil, vient de dire sur l'antériorité des recherches des médecins français.

M. Pozzi fait un rapport sur une observation de plaie du nerf radial par arme à feu.

©BIU Santé

Cette observation est très incomplète, de sorte que M. le rapporteur n'a pu déterminer s'il s'agit d'une perte de substance ou d'une simple contusion du nerf ; quoi qu'il en soit, le chirurgien, pour combattre la paralysie et l'atrophie musculaire consécutives au traumatisme, pratiqua la résection du cordon nerveux et la suture des deux bouts au catgut. La paralysie et l'atrophie, au lieu de diminuer, allèrent en augmentant et aboutirent à l'impotence absolue des muscles innervés par le radial.

D'après M. le rapporteur il y a tout avantage, dans la section incomplète, à plus forte raison dans la simple contusion d'un cordon nerveux, à s'abstenir d'en faire la résection et la suture.

M Trélat dit que, dans trois cas de paralysie et d'atrophie musculaire consécutives à des compressions ou à des enclavements de nerfs par des cals de fractures, il s'est borné à des nivellements du cal ou à des enclavements du nerf. Or, au bout d'un temps qui a varié de trois mois à un an, les mouvements se sont rétablis. M. Trélat pense donc, avec M. Pozzi, que dans des cas analogues à celui de l'observation présente, il est préférable d'attendre la régénération ultérieure et de la favoriser en conservant du cordon nerveux tout ce que le projectile a laissé.

M. Tillaux communique une observation de cathétérisme rétrograde pratiqué par lui dans les circonstances suivantes. Un homme de 34 ans, à la suite d'une chute sur le périnée avait un rétrécissement infranchissable et une fistule uréthro-périnéale par laquelle s'écoulait la totalité de l'urine.

Le 18 mars, un peu plus d'un an après l'accident, M. Tillaux pratique l'uréthrotomie externe. Mais le bout postérieur de l'urèthre est introuvable. Ne voyant plus d'autre ressource que le cathétérisme rétrograde, M. Tillaux fait cette opération le 18 juillet. Le malade endormi, le chirurgien fend le périnée dans la direction du canal et passe une sonde dans le bout antérieur. Introduisant ensuite dans le rectum un ballon de Petersen, il fait à l'hypogastre une incision verticale de quatre à cinq centimètres et sectionne les couches profondes en se rapprochant de plus en plus du pubis. Bien que la vessie fût rétractée, il put la mettre à découvert assez facilement sans intéresser le péritoine. Elle fut incisée au bistouri; puis, portant le doigt dans la cavité vésicale, M. Tillaux put se rendre compte de la situation du col. Une sonde à bout conique y fut introduite, mais le rétrécissement était tellement serré qu'il fut impossible de la faire sortir par la plaie périnéale. Il fallut lui substituer une sonde métallique sur la saillie de laquelle le chirurgien pratiqua l'incision des parties molles jusqu'à ce que l'extrémité en fût découverte.

Il devint alors très facile de faire passer une sonde du bout antérieur dans le bout postérieur jusque dans la vessie. Mais, craignant qu'elle ne fût expulsée, M. Tillaux introduisit dans l'urèthre et fit ressortir par l'hypogastre un long tube en caoutchouc qui fut percé de deux larges trous dans la portion correspondant à la vessie. L'extrémité du tube faisant siphon fut plongée dans un vase contenant de l'acide borique.

Les suites de l'opération furent des plus simples ; après douze jours, le tube fut retiré et remplacé facilement par une sonde n° 22. La plaie hypogastrique ne tarda pas à se fermer et, peu de temps après, la guérison était complète.

La communication de M. Tillaux donne lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Desprès, Schwartz, Marc Sée, Paul Segond, Léon Le Fort, Peyrot.

M. Le Dentu ébauche à ce propos une communication sur laquelle il reviendra ultérieurement, au sujet de quelques modifications introduites dans l'uréthrotomie externe.

— M. Reclus présente une femme affectée d'une « maladie kystique » de la mamelle.

L'heure avancée engage les membres de la Société à renvoyer la discussion à la prochaine séance.

— M. Le Dentu présente deux malades. Chez l'un, il a pratiqué la résection de deux centimètres du radius et du cubitus, et d'une partie du carpe ; chez l'autre, l'ablation d'un ostéome de la face. — A. T.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le professeur Albert (de Vienne) a reçu le titre de hofrath (conseiller impérial).

— Le professeur Virchow est sur le point de partir pour l'Egypte. Il est accompagné, dans son voyage d'étude, par Schliemann. Son retour est fixé pour le mois de mai.

— La Faculté de médecine de Bonn a célébré, le 27 janvier dernier, le 25e anniversaire de l'enseignement donné par les professeurs Binz, Doutrelepont et Soemisch.

— Le docteur Frankenhauser, professeur d'obstétrique et de gynécologie à Zurich, prend sa retraite. Tout porte à croire qu'il sera remplacé dans sa chaire par le docteur Wydor, privat docent à la Faculté de médecine de Berlin.

— Le typhus règne à Liegnitz; l'épidémie a pris un tel caractère de gravité que le docteur Flugge, professeur d'hygiène à Breslau, a reçu mission de se rendre sur les lieux pour aviser aux mesures à prendre.

— La première pierre de la polyclinique de Rome a été solennellement posée ces jours derniers. C'est le professeur Baccelli qui a prononcé le discours d'usage.

La mortalité a Rio-Janeiro. — La ville de Rio-Janeiro a perdu en 1886, sur une population de 350,000 âmes, 12,3000 habitants, dont 7,751 hommes et 4,549 femmes. Dans ce chiffre total figurent 8,031 indigènes, 3,863 étrangers et 406 personnes mortes sans indications de nationalité. 7,857 habitants moururent chez eux, 4,343 dans les hôpitaux, 49 sur la voie publique, 36 se noyèrent.

Les maladies qui occasionnèrent le plus grand nombre de décès sont : la variole, 164; la rougeole 26; la fièvre jaune, 1,015 (dont 713 étrangers); le typhus pétéchial, 18; la fièvre typhoïde, 114; la diphthérie, 45; le béribéri, 67; le scorbut, 40; la syphilis, 66; la fièvre à rechute, 1,086; la tuberculose, 2,077, etc., etc.

(*Bulletin off. d'hygiène de Berlin*, 24 janv. 1888.)

— Une dépêche du 23 janvier annonce que, dans la petite localité de Gasalvecchio (2,144 habitants), arrondissement de San Severo, plusieurs cas de choléra sporadique ont été constatés. (*Bull. officiel d'hygiène de Berlin*, 7 février.)

— L'*Union médicale* a déjà annoncé la fermeture jusqu'à nouvel ordre des Universités russes. On écrit, à ce sujet, de Saint-Pétersbourg que plus de 200 étudiants ont été expulsés de l'Université de cette ville.

Grève des étudiants de l'Université de Pise. — Les étudiants de l'Université de Pise, au rapport de la *Gazzetta degli ospedali*, vont s'abstenir d'assister à tous les cours jusqu'à ce qu'on ait pourvu à la nomination des professeurs de clinique médicale, de pathologie spéciale, de pathologie générale, de matière médicale et d'hygiène, toutes chaires vacantes depuis un certain temps. — Ch. S.

COURRIER

Par décret, en date du 2 février 1888, sont nommés membres du Conseil de surveillance de l'administration générale de l'Assistance publique, à Paris :

MM. le docteur Navarre, conseiller municipal de Paris; Blouet, membre de la Chambre de commerce; Thuillier, administrateur du bureau de bienfaisance du Xe arrondissement; le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, pris en dehors de toute catégorie; Bernheim, avoué à la Cour d'appel, pris en dehors de toute catégorie.

— Le ministre de la marine, sur l'avis du Conseil supérieur de santé, a décerné :

1° Le prix de médecine navale, pour l'année 1887, à M. le médecin de première classe Tissot, du port de Toulon, pour son mémoire sur la campagne du *Hussard* (Tunisie, Levant, Mer des Indes, 1885-1887).

©BIU Santé

2° Une mention honorable à M. le médecin de première classe Randon, pour son rapport sur la campagne de la *Clorinde* (Terre-Neuve, 1887).

Le ministre a, en outre, accordé des témoignages officiels de satisfaction à :

1° MM. les médecins de première classe Cognes, pour son travail sur la campagne du *Vaudreuil* (Mer des Indes, 1885-1887); Hénaff, pour son mémoire sur la campagne du *Nielly* (Mer des Indes, 1885-1887); Sollaud, pour son rapport sur le service médical du 1er régiment d'infanterie de marine (1887); Maget, pour son rapport sur la campagne de l'*Iphigénie* (1887); Clarac, pour son mémoire sur la fièvre bilieuse inflammatoire (1887); H.-M.-V. Hervé, pour son rapport sur le voyage de circumnavigation du transport le *Fontenoy* (1886-1887);

2° MM. les médecins de deuxième classe Marestang, pour son mémoire sur l'île Saint-Barthélemy (1887); Layet, pour son travail intitulé : « Campagne de l'*Ardent*, côtes occidentales d'Afrique » (1886-1887).

— M. le docteur Febvre, médecin adjoint à l'asile public d'aliénés de Ville-Evrard, est nommé à l'un des emplois de médecin en chef créés dans le même établissement, en remplacement de M. le docteur Rey, non installé.

— M. le docteur Martinenq, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Saint-Yon, est nommé médecin en chef de l'asile d'aliénés de Clermont-de-l'Oise.

Faculté de médecine de Lyon. — M. le docteur Roux est nommé chef des travaux du laboratoire de clinique médicale.

— M. le docteur Pousson, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux et chirurgien des hôpitaux, est nommé médecin consultant du bureau de bienfaisance de Bordeaux, pour le traitement des affections urinaires.

— M. Edmond Le Blant, directeur de l'École française de Rome, signalait, il y a deux ans, la découverte, faite à Némi par l'ambassadeur d'Angleterre, lord Lumley, de figurines des plus étranges. C'étaient des torses, sans tête et sans membres, dont la poitrine entr'ouverte laissait voir à nu les viscères, le cœur, les poumons, le foie, représentés de la façon la plus rudimentaire, et placés comme au hasard? S'agirait-il là d'ex-voto, et leur réunion indique-t-elle l'emplacement d'un temple, ou celui d'un magasin. Aucune explication définitive n'a pu encore être fournie, en ce qui touche ces objets, qui semblent jusqu'à présent ne s'être rencontrés qu'en Italie.

A la date du 2 février, M. Le Blant annonce qu'un nouveau dépôt de figurines semblables vient d'être trouvé à Rome, auprès du pont Fabricius, c'est-à-dire dans le voisinage du temple d'Esculape, situé dans l'île du Tibre, et où, d'après les inscriptions, le dieu opérait tant de guérisons miraculeuses. Coloriées, comme l'étaient celles de Némi, ces images sont de dimensions plus grandes et d'une meilleure exécution. On les a, suivant l'habitude, portées au dépôt provisoire établi dans les Thermes de Dioclétien.

(*Gaz. des hôp.*)

Hôpital des Enfants-Malades (149, rue de Sèvres). — M. le docteur Descroizilles commencera ses leçons de pathologie et de clinique infantiles le vendredi 24 février, à neuf heures, et les continuera les vendredis suivants à la même heure.

Examen des malades, avant la leçon, à la salle Saint-Augustin. — Consultation le mardi, à neuf heures et demie.

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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte**, **gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Verneuil : De la syphilis tertiaire des enfants et des adolescents. — II. Redard : Greffes zooplastiques. — Greffes avec la peau de poulet. — III. Séance générale annuelle de la Société protectrice de l'enfance. — IV. Revue des journaux : Traitement de la fissure de l'anus et des hémorrhoïdes par la dilatation graduelle. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Clinique chirurgicale de la Pitié. — M. le professeur Verneuil.

De la syphilis tertiaire des enfants et des adolescents.

Dans la séance du 11 mai 1881, mon excellent collègue et ami, le professeur Lannelongue fit à la Société de chirurgie une intéressante communication *sur quelques cas de syphilis tertiaire congénitale*. Avant d'exposer les faits, au nombre de six, qu'il avait recueillis, il résuma l'état de la question sur la syphilis infantile, insistant surtout sur les lésions du squelette. (*Bull.* p. 370).

En posant les conclusions de son travail, il prononça la phrase suivante : « Je ne saurais affirmer que toutes ces observations soient absolument du domaine de la syphilis héréditaire, car on pourrait à la rigueur concevoir et soutenir qu'il y a eu avant l'apparition des lésions osseuses un accident primitif qui aurait échappé... Il est d'ailleurs bien difficile d'arriver à une enquête satisfaisante; le mauvais vouloir des parents, leur incurie, leur ignorance, sont des obstacles contre lesquels on se heurte vainement.... »

Je pris la parole à cette occasion (*Bull.* p. 392) pour dire que les enfants observés par notre collègue présentaient sans nul doute des lésions syphilitiques, et que l'hésitation inspirée en pareil cas par l'âge des sujets ne pouvait tenir devant les caractères si nets du mal ; mais j'ajoutai que si la syphilis était indéniable, il restait un point difficile à trancher, à savoir : si les accidents étaient l'expression d'une syphilis congénitale et héréditaire ou d'une syphilis acquise pendant les premières semaines ou les premiers mois de la vie, sans même que les parents fussent nécessairement atteints de la maladie. A ce propos, je citai trois cas, où les enfants avaient été certainement contaminés après leur naissance par leurs parents ou par des étrangers (1).

Observation I. — Je vis entrer un jour dans mon cabinet un garçon jardinier de dix-sept ans que j'avais vu naître à la campagne, mais que j'avais perdu de vue depuis quelques années. Il venait me consulter pour des ulcérations multiples du membre inférieur droit, avec indurations sous-cutanées et cicatrices plus ou moins anciennes. Il n'y avait pas de doute possible sur la nature des accidents : il s'agissait de gommes sous-cutanées à tous les degrés d'évolution, y compris l'ulcération.

J'annonçai à ce garçon qu'il avait des accidents véroliques et lui demandai quand il avait contracté la maladie. Il manifesta la plus grande surprise, m'affirma qu'il n'avait

(1) Je complète avec mes notes la relation trop sommaire dans le procès-verbal de la séance. Même remarque pour l'observation III.

©BIU Santé

jamais eu la moindre lésion génitale ; il m'apprit d'ailleurs que les premières atteintes de son mal remontaient à l'âge de douze ans, alors qu'il habitait encore la campagne et qu'il n'avait eu aucun rapport sexuel. Depuis cette époque, les éruptions gommeuses s'étaient reproduites à divers intervalles, et sous l'influence de topiques divers les ulcérations finirent par se cicatriser; aucun traitement spécifique n'avait été prescrit, car la nature des lésions n'avait jamais été reconnue. La dernière éruption, beaucoup plus violente que les autres, avait forcé le jeune homme à interrompre son travail.

Assez embarrassé pour expliquer ce fait, je songeai à une syphilis héréditaire, mais l'admission en était difficile, car j'avais connu le père et la mère, jardiniers chez un de mes parents et d'une moralité parfaite. J'avais moi-même présidé à l'accouchement et pouvais affirmer qu'à cette époque la mère était parfaitement saine. Pour éclairer le point scientifique de cette histoire, je mandai la mère, qui me renseigna très exactement. Pendant qu'elle allaitait son fils, elle prit un nourrisson chétif de Paris qui présentait une éruption sur le corps et succomba au bout de trois mois, avec des accidents spécifiques évidents. Avant de mourir, ce nourrisson avait infecté par la mamelle sa nourrice, laquelle avait à son tour contagionné son fils et une fille âgée de 2 ans. On ne m'avait point informé de ces détails et, en raison du peu de gravité et de la guérison spontanée des premiers accidents chez la mère et ses deux enfants, aucun médecin n'avait pas été consulté.

La syphilis acquise était donc ici de la dernière évidence; rien ne distinguait les lésions et celles qu'on observe chez l'adulte contaminé par le coït. Inutile d'ajouter que le diagnostic fut pleinement et rapidement confirmé par le succès du traitement spécifique.

Obs. II. — Vers l'année 1869, alors que j'étais chirurgien de Lariboisière, une dame fort respectable m'amena sa nièce, âgée d'une douzaine d'années, qui portait à l'une de ses jambes une périostose du tibia et des gommes multiples, mais présentait d'ailleurs toutes les apparences de la santé. Un médecin ayant reconnu la nature d'ailleurs très évidente des lésions, la dame demanda à me parler en particulier pour m'apprendre que la mère de cette jeune fille, peu de temps après l'avoir mise au monde, avait été infectée par un homme atteint de syphilis et qu'elle avait alors communiqué la maladie à l'enfant nouveau-né ainsi qu'à un petit garçon né antérieurement. Ici encore, sans ces renseignements précis, j'aurais pu croire à une syphilis héréditaire et congénitale.

Obs. III. — En 1878, une Italienne jeune, vigoureuse, de santé florissante, vint me montrer à la Pitié un enfant de 2 ans, d'assez belle apparence et muni d'un certain embonpoint, mais qui présentait néanmoins des manifestations tertiaires multiples. Au coude existait une tumeur gommeuse; à la jambe, une ulcération bien caractérisée, et, à la cuisse, enfin, une fistule répondant à la cavité d'un abcès consécutif à une périostite du fémur. Le mal durait depuis un an environ; il avait commencé par une tuméfaction, et une tumeur fluctuante volumineuse avait paru sur la partie moyenne et externe de la cuisse; son ouverture spontanée avait donné issue à un liquide roussâtre mélangé d'une petite quantité de pus. Je note en passant que le ramollissement de la tumeur et l'ouverture de la peau étaient survenus immédiatement après une rougeole; un peu plus tard avait paru, vers le tiers moyen de la jambe et sur la face interne du tibia, une périostite qui s'était abcédée et avait laissé à la suite une plaie assez large présentant les caractères types de l'ulcération tertiaire.

L'âge de l'enfant permettait de croire à une syphilis congénitale, mais le père, la mère et des frères et sœurs, examinés rigoureusement, n'offraient aucune trace de mal vénérien. La mère nous raconta d'ailleurs que, n'ayant pu nourrir elle-même son fils, elle l'avait confié à une femme, laquelle avait perdu déjà sept enfants de prétendues gourmes et s'était décidée à rendre son nourrisson au bout d'un an, en fort mauvais état. C'est peu de temps après que le premier accident tertiaire s'était montré, sous forme de gonflement du genou.

Dans ces trois cas, il n'y avait ni hérédité ni congénitalité, mais bien évi-

demment syphilis acquise, ce qu'il eût été impossible de reconnaître d'après les caractères objectifs, si les parents n'avaient pas fourni de renseignements précis. Je crois qu'il importerait d'indiquer les moyens d'arriver au diagnostic des deux origines héréditaire ou acquise de la maladie.

M. Lannelongue, dans sa réplique, reconnut l'intérêt de ma question et la légitimité de mes doutes, mais il lui parut bien difficile de faire la distinction que je réclamais. Il admit d'ailleurs que les faits très nets que j'avais cités devaient désormais trouver place dans le cadre de la syphilis tertiaire infantile.

L'année suivante, en 1882, au cours d'une discussion sur la syphilis hérédilaire, je citai un nouveau cas de syphilis tertiaire chez un adolescent, montrant la difficulté de reconnaître l'époque de l'infection. (Rapport de M. Le Dentu sur un travail de M. Ortega (de Buenos-Ayres). *Bullet. et Mémoires de la Soc. de chirurgie,* IVe série, t. VIII, p. 570.)

Obs. IV. — Il s'agissait d'un garçon de 17 ans n'offrant aucun signe de scrofule et paraissant même jouir d'une assez bonne santé; il présentait au niveau de la tubérosité antérieure du tibia une tumeur du volume d'un petit œuf de poule, remontant à une époque assez éloignée, qui s'était ulcérée depuis quatre mois et n'avait été en rien modifiée par les topiques variés mis en usage.

Je diagnostiquai d'abord une tumeur fibro-plastique ulcérée, pour laquelle une opération paraissait indispensable; puis, prenant en considération l'âge du sujet, l'indolence de la tumeur et son siège occupé parfois par le syphilome séreux sous-cutané, j'employai le traitement spécifique, qui, à ma grande satisfaction, amena la guérison complète en deux mois.

Je fis alors venir le père, qui m'avoua avoir eu la syphilis avant son mariage. Ses autres enfants étaient sains, mais celui qui était soumis à mes soins avait été en nourrice, où il avait failli mourir. Je me suis demandé à ce propos si la syphilis, en ce cas, venait du père par hérédité ou avait été contractée dans le bas âge. Mais je n'ai pu répondre.

Depuis, j'ai encore rencontré deux cas également obscurs, relatifs à deux jeunes femmes non scrofuleuses chez lesquelles les accidents tertiaires parurent à l'âge de 10 ans, sans qu'on ait pu se procurer de renseignements exacts ni sur l'époque, ni sur l'origine de l'infection, les parents étant morts ou inconnus, et les malades n'ayant aucun souvenir des accidents pathologiques de leur première enfance. Dans ces deux cas, les premières manifestations reconnues de la syphilis offraient les caractères bien tranchés des accidents tertiaires.

Je reconnais du reste qu'au point de vue pratique la nature congénitale ou acquise du mal n'a qu'une importance secondaire, car dans les deux cas c'est au traitement spécifique de la période tertiaire qu'il faut avoir recours.

Je rapprocherai de ces observations dans lesquelles la question de la syphilis congénitale ou infantile, à manifestations tertiaires obscures, est en jeu, une autre observation recueillie à une époque où mon très regretté collègue, le professeur Parrot, soutenait avec ardeur que le rachitisme était toujours de nature syphilitique. D'après cette opinion, étant donné que la syphilis ne se contracte pas deux fois, et qu'un sujet infecté congénitalement ne saurait l'être de nouveau accidentellement, l'existence du rachitisme dans la première enfance mettrait sûrement à l'abri d'une contamination vérolique ultérieure.

Or, ce dernier point théorique est insoutenable, si, comme dans l'obser-

©BIU Santé

vation suivante, on montre un rachitique contractant la syphilis à l'âge adulte. Je crois que des cas semblables ont été publiés déjà, mais n'ayant pas le loisir de traiter complètement la question, je me contente de lui apporter mon contingent.

Obs. V. — *Syphilis tertiaire chez une femme rachitique. Infection à l'âge adulte.* — Clémence D.... 41 ans, couturière, entre à l'hôpital le 27 octobre 1881. Petite, chétive, elle porte sur les membres inférieurs et le thorax les déformations caractéristiques du rachitisme, mais ne peut dire à quelle époque elle en a été atteinte ; elle affirme même n'avoir eu dans sa jeunesse ni gourme ni maladie sérieuse. Menstruée à seize ans et demi, elle l'a toujours été fort régulièrement depuis, mais n'a jamais eu d'enfant.

En 1873, perte abondante qu'il est difficile de rapporter à une fausse couche, car il n'y avait pas eu de retard dans les règles et aucun caillot ne fut rendu. Un médecin pratiqua une cautérisation, mais on ne sait si elle porta sur le col utérin ou sur les parties génitales externes. L'accident n'eut pas de suites. Quelque temps après, fracture de la jambe, qui se consolida normalement, mais fut suivie sur le membre fracturé d'une série de petits abcès qui ont laissé des cicatrices brunâtres déprimées, non adhérentes cependant à l'os sous-jacent.

En 1877, vives douleurs de tête survenant à trois heures de l'après-midi, disparaissant à six heures, ne se montrant jamais la nuit, et cédant à l'usage de l'iodure de potassium. La malade, qui perdit alors ses cheveux, affirme n'avoir jamais eu à cette époque ni avant, ni après, aucune trace d'éruption cutanée, de mal de gorge, ni d'ulcérations buccales ou vulvaires. Son mari était sain et jouissait d'une excellente santé.

Dans l'été de 1880, petit bouton à l'aile gauche du nez, bientôt sulvi d'une ulcération à marche rapide qui a détruit le tiers postérieur de cette aile. Une cicatrice incomplète, laissant largement ouvert l'orifice de la narine correspondante, s'est faite lentement ; elle présente les caractères des cicatrices tertiaires. On a administré cette fois encore l'iodure de potassium.

Vers le mois de juin 1881, difficultés de la déglutition et vives douleurs dans l'arrière-gorge; engorgement considérable des ganglions sous-maxillaires.

Lorsque Cl.. entra à l'hôpital, on constata dans la région sous-maxillaire gauche une gomme du volume d'un œuf de pigeon, recouverte d'une peau tendue, rouge, prête à s'ulcérer, sans que la fluctuation cependant fût encore très avancée; au-dessous, autre gomme plus petite et plus dure; entre les deux gommes, deux ou trois ganglions volumineux.

Dans la région sous-maxillaire droite, plusieurs cicatrices brunes et deux ulcérations tres superficielles, vestiges de gommes ayant paru six mois auparavant et s'étant ramollies, puis ouvertes; de ce côté également, pléiade de petits ganglions durs; l'un d'eux, du volume d'une noisette, se montre dans le triangle sus-claviculaire.

La déglutition est très gênée ; seuls, les liquides passent encore assez facilement. Le fond de la gorge est d'un rouge livide au niveau du pilier antérieur droit et de la luette; à la paroi postérieure du pharynx, immédiatement au-dessous du bord libre du voile, ulcération large cemme une pièce de un franc, à fond sanieux, blanchâtre, irrégulier, que les amygdales encadrent tout en restant à l'état normal. La santé générale est assez bonne et les organes internes paraissent sains. Il n'y a pas de gonflement des tibias, mais seulement, à la face externe de la jambe gauche, huit ou dix ulcérations anciennes ayant le même aspect que celles du cou.

Le diagnostic de la syphilis tertiaire n'est pas douteux; je prescris le traitement tonique et le sirop de Gibert. Les effets sont très favorables, car au bout d'un mois les ulcérations étaient cicatrisées et les ganglions en résolution très avancée. Exeat le 1er décembre. Cl... promet de continuer la médication.

Cette observation est donc en désaccord avec celles qui ont été invoquées par le professeur Parrot pour admettre la nature syphilitique du rachitisme; car, bien qu'il y ait quelque indécision sur la date exacte de l'infection, celle-ci

a eu lieu évidemment vers la trente-cinquième année, longtemps après la production des déformations rachitiques.

En résumé, il existe donc des cas assez nombreux dans lesquels la syphilis se rencontre à la période tertiaire chez les enfants et les adolescents et où il est difficile de savoir s'il s'agit d'une syphilis congénitale ou acquise peu de temps après la naissance.

Si au point de vue, de la pathologie infantile, il est intéressant de pouvoir faire la distinction entre l'origine congénitale ou acquise de la syphilis, la solution du problème est moins importante au point de vue pratique : dans les deux cas, les manifestations présentent les mêmes caractères objectifs, et le traitement spécifique en amène plus ou moins rapidement la guérison. — P.

Greffes zooplastiques — Greffes avec la peau de poulet (1).

Par P. Redard, chirurgien du dispensaire Furtado-Heine.

Les greffes animales jadis étudiées par Czerny (de Vienne), Coze (de Strasbourg), Follet, Houzé (de l'Aulnoit) avaient été presque généralement abandonnées dans la pratique chirurgicale.

Aujourd'hui une réaction semble se faire en leur faveur et Petersen, Baratoux, Dubousquet-Laborderie ont fait voir la possibilité de combler des pertes de substance considérables, par des transplantations de peau de grenouille. Assaky, Fargin, Monod, Peyrot ont obtenu des résultats heureux de greffes de tendons, sur des animaux d'espèces différentes.

Nous venons d'obtenir de beaux résultats de greffes, pratiquées avec de la peau de poulet, et nous croyons utile de signaler ces résultats qui intéressent à la fois la physiologie et la chirurgie, à la Société de biologie.

Dans nos recherches, nous n'avons trouvé aucune observation de greffe de peau d'oiseau sur une plaie humaine, dans le but de hâter la cicatrisation et la réparation. Wiesmann a transplanté deux fois de la peau de pigeon à pigeon avec succès ; trois fois de la peau de poulet à poulet, avec deux adhérences et un insuccès. Diffembach dit avoir pratiqué, avec de bons résultats, un très grand nombre de greffes chez les oiseaux. G. Martin rapporte dans sa thèse des résultats heureux d'expériences de transplantation de peau de canard et de pigeon sur des animaux de même espèce.

Dans des cas de plaies étendues, nous avons obtenu une régénération rapide, grâce à des greffes avec de la peau de poulet. Nous insistons surtout, sur un cas de brûlure profonde, de presque tout le cuir chevelu et datant de huit mois, chez un jeune enfant de 2 ans.

Aucune réparation ne s'était faite pendant cette période, la suppuration très abondante affaiblissait le sujet et menaçait sa vie.

Les greffes avec la peau de grenouille ne donnant pas de résultats rapides, nous fîmes des greffes avec de la peau de poulet et, en *deux mois*, nous obtînmes une régénération de la peau de 7 centimètres (dans le sens antéro-postérieur) du crâne, sur 8 centimètres (dans le sens transversal).

Dans d'autres observations, nous avons obtenu de semblables résultats.

Nous pensons donc que les greffes avec des peaux d'oiseaux, et particulièrement des peaux de poulet, sont à recommander. La peau de poulet est souple, fine, vasculaire; elle s'étale bien sur les surfaces, elle adhère, *sans se résorber*, donnant des îlots épidermiques importants qui, en se développant et s'étendant, forment des tissus nouveaux, souples et différents des tissus ordinaires de cicatrice.

Nous étudierons, dans un prochain travail, les modifications histologiques des peaux

(1) Communication faite à la Société de biologie dans la séance du 4 février 1888.

©BIU Santé

d'oiseaux greffées, recherchant la théorie des phénomènes de réparation observés, les auteurs n'ayant donné jusqu'à ce jour que des renseignements incomplets sur ce sujet important.

Le manuel opératoire que nous avons employé dans nos greffes est très simple. La peau doit être prise sous l'aile de jeunes poulets ; elle doit ne pas être privée de tissu cellulaire et ne pas contenir de graisse. Les lambeaux transparents doivent avoir de 1/2 à 1 centimètre.

Les sutures sont inutiles, la peau adhérant très facilement et ne se déplaçant pas. La plaie doit être aseptique et le pansement fait avec une rigueur extrême.

La gaze iodoformée avec une couche d'ouate légèrement compressive, nous paraît surtout convenir pour le maintien des greffes.

Séance générale annuelle de la Société protectrice de l'enfance.

Dimanche dernier, 19 février, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Sorbonne, l'Assemblée générale annuelle de la Société protectrice de l'enfance, sous la présidence d'honneur du docteur Hérard.

Fondée en 1865, reconnue d'utilité publique en 1869, cette Société a la bonne fortune d'avoir pour président effectif un des membres les plus actifs et les plus sympathiques du corps médical, le docteur Marjolin, qui, au début de la séance, a voulu payer un juste tribut d'hommages aux précurseurs et aux bienfaiteurs de l'œuvre à laquelle il a attaché son nom et consacré une grande partie de son existence : à Vincent de Paul, dont la vie ne fut qu'une lutte incessante en faveur de ses petits protégés; au pasteur Oberlin, le philanthrope du Ban-de-la-Roche; aux membres de la Société philanthropique, qui ont successivement créé des asiles de nuit pour les mères et leurs enfants, des dispensaires d'enfants malades, des asiles maternels où des femmes relevant de couches trouvent les soins nécessités par leur état; à Marbeau, le fondateur des crèches; aux Dollfus, et à tant d'autres protecteurs du jeune âge. Cette chaleureuse allocution s'est terminée par cette généreuse pensée, qui marque bien le but que le docteur Marjolin et ses collaborateurs se proposent d'atteindre : « Secourir les malheureux et protéger l'enfance, c'est servir Dieu et la patrie! »

Le compte rendu « moral et financier » des travaux de l'année 1887, dont a donné lecture le docteur Blache, secrétaire général de la Société, montre que celle-ci reste à la hauteur de sa tâche et augmente chaque année la somme des bienfaits qu'elle répand sur toute la France. Dans le courant de l'année dernière, elle a reçu 131 adhésions nouvelles, ce qui porte à 3,228 le nombre total des membres au 1er janvier 1888, avec un capital de 130,000 francs, dû en partie aux allocations des pouvoirs publics (ministère de l'intérieur, Conseil général de la Seine, ville de Paris), mais composé, pour la plus grosse part, des dons et cotisations recueillis par l'initiative privée. Elle a distribué des layettes pour la somme de 10,000 francs, etc.

En résumé, la Société protectrice de l'enfance fait beaucoup, mais il lui reste beaucoup à faire, surtout en ces temps de misère qui rendent plus nombreuses les demandes de secours qu'on lui adresse, demandes auxquelles il lui est trop souvent encore impossible de répondre favorablement, faute de ressources pécuniaires. Or, le corps médical peut, dans une large mesure, lui venir en aide, non seulement par l'intermédiaire des médecins-inspecteurs, dont le dévouement lui est tout acquis, mais aussi par la propagande que chacun fera en sa faveur dès qu'il se sera rendu compte de la grande utilité de cette Société. Celle-ci a pour objet, d'après les termes mêmes de ses statuts : de mettre en honneur et de protéger l'allaitement maternel; — de préserver les enfants, dès leur naissance, des dangers de tous genres qui les menacent, lorsqu'ils sont abandonnés à des nourrices qui les emportent au loin, sans que leurs parents puissent exercer sur eux une surveillance suffisante; — de protéger les enfants de toutes conditions contre l'abandon, l'incurie, les mauvais traitements, les exemples immoraux, en un mot, dans toutes les circonstances où ils ont besoin de protection; — de vulgariser dans les familles les préceptes les plus utiles de l'hygiène physique et morale des enfants, et d'en favoriser l'application.

De nos jours, tout médecin est doublé d'un hygiéniste. Nous pouvons donc espérer qu'il suffira de signaler à nos confrères la haute portée hygiénique de la Société protectrice de l'enfance pour qu'ils s'empressent de lui recruter le plus grand nombre possible d'adhérents, d'autant plus que cette bonne œuvre peut être accomplie à un prix relativement peu élevé. (Est membre titulaire toute personne payant une cotisation annuelle de 10 francs. Sont membres bienfaiteurs les enfants de 1 jour à 16 ans qui payent une cotisation annuelle de 3 francs. Ces cotisations peuvent être rachetées moyennant un versement, une fois effectué, de 100 francs pour les membres titulaires et de 25 francs pour les bienfaiteurs.) — P. D.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la fissure à l'anus et des hémorrhoïdes par la dilatation graduelle. — Le docteur Walker a traité plus de cinquante cas de fissure anale et d'hémorroïdes avec succès par cette méthode. Plusieurs chirurgiens, qu'il cite, Monod, Verneuil, Kelsey, Allingham, ont préconisé dans le traitement des hémorrhoïdes la dilatation forcée, soit seule, soit combinée avec d'autres moyens de traitement. Elle est assez généralement adoptée contre la fissure à l'anus, où elle donne dans beaucoup de cas des résultats très prompts. Le docteur Walker conseille de lui substituer la dilatation graduelle, et voici les raisons qu'il donne, en s'appuyant sur sa pratique, pour lui préférer cette dernière (*The Bristol med. chir. Journ.*, déc. 1887) : 1° Elle ne cause presque aucune douleur, au moins après la première et la deuxième dilatation. — 2° Elle ne déchire point les tissus, et ne produit point la parésie qui se manifeste parfois après la dilatation forcée. — 3° Elle ne laisse point des cicatrices qui peuvent amener des rétrécissements, comme dans le traitement par les injections hypodermiques ou par la ligature des hémorrhoïdes. — Ce conseil mérite d'être pris en considération ; il est rationnel de tenter la pratique que notre confrère recommande et qui lui a réussi. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 21 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de candidature de M. le docteur Quinquaud, professeur agrégé à la Faculté de médecine, pour la section de physique et de chimie médicales ;

2° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Seure, relatif au traitement de la fièvre typhoïde (accepté) ;

3° Une note de M. le docteur Pradère, dentiste à Lyon, relative à un appareil inhalateur pour le traitement de la phthisie pulmonaire, appareil dont l'auteur demande l'expérimentation dans les hôpitaux.

— M. Brouardel présente une brochure intitulée : *Etude critique de la saignée dans les congestions et les inflammations*, suivie d'une méthode de traitement de la pneumonie sans émissions sanguines ; discours prononcé à l'Académie royale de Belgique, le 31 décembre 1887, par le docteur N. Du Moulin.

M. Besnier présente, de la part de MM. Lécorché et Talamon, un ouvrage intitulé : *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*.

M. Leroy de Méricourt présente, de la part de M. le docteur G. Jorissenne, une brochure intitulée : *Traitement abortif de la furonculose*.

M. Guéniot dépose sur le bureau un travail sur l'*éclampsie infantile observée à Manille*.

©BIU Santé

M. Lannelongue présente, de la part de M. Lannelongue, professeur à la Faculté de Bordeaux, un volume intitulé : *Leçons de clinique chirurgicale*, recueillies par M. le docteur Piéchaud, professeur agrégé.

M. Blanche présente : 1° de la part de M. le docteur Parant, directeur-médecin de la maison de santé de Toulouse, un volume intitulé : *La raison dans la folie;* 2° de la part de M. le docteur Henry Bonnet et de M. Marie Bernard, un volume intitulé : *Histoire complète de l'asile public d'aliénés de Châlons-sur-Marne.*

— M. Germain Sée, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, croit devoir protester contre les interprétations fantaisistes que certains rédacteurs de journaux ont données de la discussion dont a été suivie la lecture faite par M. Ball d'une note de M. Jennings, relative à certains effets de l'antipyrine. Ces interprétations ont exagéré ingulièrement la portée des reproches adressés à l'antipyrine en la représentant comme une substance toxique, dont l'usage aurait été condamné par l'Académie.

Chemin faisant, M. Germain Sée croit devoir s'élever contre certaines conclusions du travail de M. le docteur Jennings et, particulièrement, contre le conseil donné par l'auteur de combattre les effets de l'antipyrine soit par l'emploi de la belladone, soit par les injections d'atropine, substance éminemment toxique et de maniement extrêmement dangereux.

M. Laborde pense que, dans la production des accidents qui peuvent s'attacher à l'emploi de l'antipyrine, comme, d'ailleurs, à celui de la plupart des médicaments, on a trop peu insisté sur un facteur important : la pureté chimique de la substance.

En ce qui concerne les accidents locaux dont il a été question dans la dernière séance, M. Laborde estime qu'à l'action locale et de contact de l'antipyrine, doit être attribué l'effet douloureux du côté de l'estomac, les nausées, le malaise dont est suivie, chez certains sujets, l'ingestion de l'antipyrine. La douleur est surtout vive, lorsque l'ingestion est faite à jeûn, ou à vide, et c'est pourquoi il importe d'administrer le médicament au moment même et au commencement du repas.

Cette action irritative ne se borne pas du reste à l'estomac, mais elle s'étend aussi parfois à l'intestin, se manifestant par des coliques plus ou moins vives suivies de diarrhées accidentelles.

Relativement aux effets généraux, l'antipyrine doit être considérée comme exerçant une influence prédominante élective sur le système nerveux, à la fois du côté de la sphère cérébrale, en abaissant le taux de la perception consciente, et du côté du centre bulbo-myélitique, en réduisant et atténuant les phénomènes excito-moteurs, d'où résulte son action *analgésiante* qui est sa caractéristique médicamenteuse. L'excès de cette action aboutit aux phénomènes vertigineux, au collapsus, à l'abattement, parfois à la légère stupeur, à l'alourdissement de la tête, à l'obnubilation passagère, observés dans certains cas.

Enfin, les poussées *exanthématiques* et même *énanthématiques*, observées après l'ingestion de l'antipyrine, s'expliquent par les modifications *vaso-motrices* constituées par une *vasculo-dilatation* périphérique.

M. Hardy a eu l'occasion d'observer aujourd'hui même, chez un homme de 30 ans, auquel il avait prescrit l'antipyrine à la dose de 1 gr. 50 à prendre en plusieurs fois dans la journée, une éruption scarlatiniforme très intense qui dure déjà depuis plusieurs jours et ne paraît pas près de s'éteindre; elle occasionne au malade de vives démangeaisons qui troublent le sommeil.

M. Hardy ajoute qu'il a obtenu quelques bons effets de l'emploi de ce médicament mais il a trouvé aussi un certain nombre de sujets réfractaires à son action; chez les uns, il a vu survenir des nausées et des vomissements; chez d'autres, des phénomènes encore plus pénibles, en particulier une dépression cérébrale et cardiaque assez inquiétante, se manifestant par des lipothymies et un vague cérébral qui a persisté pendant dix-huit heures.

M. Hardy pense donc qu'il y a lieu, pour le médecin, de prescrire l'antipyrine avec une certaine réserve. Il trouve abusif que tout le monde se croie autorisé à fabriquer ou

à s'administrer cette substance, et il estime qu'il importe de rappeler les pharmaciens à leur devoir, qui est de ne délivrer les substances actives que sur ordonnance de médecin.

Relativement à l'acétanilide dont il a été question dans la dernière séance, M. Hardy a vu l'ingestion de cette substance prise à la dose de 1 gramme, pendant huit jours, amener au troisième jour des accidents rapidement mortels, suivis d'un refroidissement de tout le corps beaucoup plus prompt que dans les conditions ordinaires. Ici encore on ne saurait être trop réservé dans la prescription du médicament.

M. J. Rochard fait remarquer que les pharmaciens ne se contentent pas seulement de délivrer l'antipyrine sans ordonnances de médecins, mais qu'ils la prescrivent eux-mêmes aux malades qui viennent se plaindre à eux d'un mal de tête, d'une migraine, d'une névralgie, etc.

M. Dujardin-Beaumetz estime que le cas de M. Hardy est exceptionnel. Il n'y a eu sans doute là qu'une simple coïncidence. Pour sa part, il a fait prendre l'acétanilide à de nombreux malades, et cela pendant un temps plus ou moins long, sans jamais observer d'accidents. Il ne faudrait pas que le fait de M. Hardy vînt jeter du discrédit sur un médicament qui possède incontestablement une vertu précieuse, celle de faire disparaître les douleurs fulgurantes de l'ataxie.

M. Brouardel ne saurait trop conseiller aux médecins qui sont amenés à prescrire l'acétanilide de faire attention à l'état des fonctions rénales et de s'assurer s'il n'existe pas de complication du côté des reins.

M. Arm. Gautier est porté à penser que les fâcheux effets observés à la suite de l'ingestion de l'acétanilide sont le résultat du défaut de pureté de cette substance souvent mélangée avec l'aniline. Dans les cas d'empoisonnement, il serait à désirer que la substance fût saisie chez le pharmacien qui l'a délivrée et portée, pour y être analysée, au laboratoire toxicologique de la ville.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

M. Alfred Fournier a la parole pour la lecture des nouvelles conclusions présentées par la commission.

Article IV. — L'Académie estime qu'au nom de la santé publique, ces divers ordres de provocation doivent être assimilés à un délit et réprimés comme tel.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution seront soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. VI. — L'inscription des filles se livrant à la prostitution ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial. Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, mais un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

Art. VIII. — Les filles inscrites, libres ou en maisons, seront uniformément soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et à date fixe.

Art. IX. — En ce qui concerne la province, les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements et dans toute l'étendue des départements.

Les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial.

Cette lecture est suivie d'une longue discussion à laquelle prennent part MM. Laborde, Brouardel, Léon Le Fort et Alfred Fournier.

M. Laborde est d'avis que les nouvelles conclusions proposées par la commission ne répondent pas au but que l'Académie avait voulu atteindre en lui renvoyant les premières. En particulier, le mot *délit* ne devrait pas reparaître dans la nouvelle rédaction, car l'Académie ne possède aucune compétence pour traiter la question au point de vue juridique. Elle doit se tenir exclusivement sur le terrain médical et hygiénique,

©BIU Santé

comme l'a fait avec tant de raison l'Académie de médecine de Belgique, dont M. le docteur Commenge a résumé l'importante discussion sur le même sujet. Pour constituer un délit de provocation, il faudrait savoir d'une manière très précise en quoi elle consiste, où elle commence et où elle finit. Elle n'est ni crime, ni un délit; elle n'est qu'un moyen, l'acte préliminaire obligé de la prostitution.

M. Laborde voudrait, en conséquence, que l'Académie, se tenant prudemment sur le terrain de l'hygiène et de la sauvegarde de la santé publique, se bornât à exprimer un vœu à ce sujet. Il croit devoir, dans ce but, proposer de réunir les nouveaux articles IV, V et VI de la commission en un seul qui serait le suivant :

« L'Académie, sans vouloir sortir de ses attributions, croit devoir signaler à qui de droit l'insuffisance des mesures actuelles de réglementation de la prostitution, surtout en ce qui touche la prostitution clandestine et la provocation sur la voie publique, sources principales de la propagation des maladies vénériennes.

« Elle estime que cette réglementation, qu'il appartient aux pouvoirs publics d'organiser en la conciliant avec le respect de la liberté individuelle, est nécessaire pour une application effective et efficace des mesures sanitaires qu'il y a lieu d'instituer. »

M. Alfred Fournier fait observer à M. Laborde qu'il confond deux choses absolument distinctes : la prostitution et la provocation. Ne pouvant pas atteindre la prostitution, il convient, du moins, de réprimer la provocation dans la mesure du possible, et c'est là ce que demande le rapport de la commission. Quant à définir le terme de provocation, ce n'est guère possible, pas plus que ceux de raison, de folie, de fièvre, etc. Ce que l'on veut atteindre, ce n'est pas le coup d'œil, la parole même, c'est la provocation récidivante, chronique, si l'on peut ainsi dire; en un mot, la provocation professionnelle.

M. Brouardel déclare que tout le monde, à l'Académie, est d'accord sur un point, à savoir la nécessité de porter remède à l'extension progressive des maladies vénériennes ou syphilitiques dont la source principale réside dans la prostitution réglementée d'une manière insuffisante. Mais transporter la répression des abus dont il s'agit du pouvoir administratif au pouvoir judiciaire, c'est, encore une fois, d'après lui, aller directement contre le but que l'on veut atteindre, c'est supprimer tout moyen de répression.

L'autorité judiciaire est encore plus impuissante que l'autorité administrative à réprimer les abus dont on se plaint.

L'article 334 du Code pénal punit la provocation des mineurs à la débauche. Or, comment se fait-il qu'il soit si rarement appliqué et que la provocation autour des lycées, des collèges continue à s'exercer en toute liberté? Cela tient, suivant M. Brouardel, à ce que, pour condamner une femme convaincue de provocation d'un mineur à la débauche, il faut que l'accusée soit déférée à un tribunal qui jugera et prononcera sa sentence, après audition de témoins et débat contradictoire. Mais dans de telles circonstances, le premier témoin est la personne même qui a été provoquée; or, elle se dérobe généralement à cette fâcheuse obligation, si bien que le tribunal ne sachant sur quelle base s'appuyer, se trouve empêché dans sa mission. Il en sera fatalement de même de la provocation exercée sur la personne des majeurs. Aucun individu provoqué, fût-il l'un des membres de la commission, ne voudra consentir à aller lui-même porter son témoignage devant la justice.

Si, faute de témoins, on se résigne à se contenter du rapport de l'agent de police qui a relevé la contravention, on retombe alors dans ce régime de l'arbitraire administratif dont la commission ne veut plus.

Voilà donc un article du Code qui concerne une catégorie de cas de provocation et qui est destiné à rester lettre morte parce qu'il faut, pour l'appliquer, l'intervention d'un tribunal, un jugement.

Eh bien, que demande la Commission ? Précisément de soumettre à ce même régime répressif inapplicable, toutes les autres catégories de provocations. N'est-ce pas, encore une fois, aller directement contre le but que l'on veut atteindre ?

En résumé, ce régime administratif contre lequel on s'élève avec tant d'énergie, en criant à l'arbitraire, est encore, suivant M. Brouardel, la seule sauvegarde de la santé publique contre les abus que l'on désire réprimer. Comme conclusion des considérations

qui précèdent, M. Brouardel demande que l'Académie se borne à exprimer le vœu de voir la provocation plus sévèrement surveillée et réprimée.

M. Alfred Fournier répond que la Commission, malgré les considérations que vient de faire valoir M. Brouardel, avec tant de force et de talent, persiste à demander le droit commun pour la question dont il s'agit. C'est pour cela qu'elle désire que la provocation soit assimilée à un *délit*, dont un tribunal spécial serait chargé de connaître et qu'il aurait pour mission de réprimer.

M. le rapporteur montre ce qu'il y a d'illogique, dans l'état de notre législation et de nos mœurs, à livrer à un agent ou inspecteur le pouvoir exorbitant de devenir l'arbitre et le juge sans appel du salut d'une femme ou de sa mort civile, surtout quand on songe que deux inspecteurs, après dix ans d'exercice, ont dû être révoqués pour cause d'indignité.

D'ailleurs, ces dispositions légales, ce régime du droit commun que demande la commission, il y a eu, en 1879, un préfet de police qui, dans un rapport parfaitement motivé, en reconnaissait la légitimité, ne trouvant à leur application dans l'espèce aucun inconvénient.

M. Laborde croit devoir faire observer qe'en province ce régime existe et fonctionne parfaitement, bien ou mal ; ce n'est pas l'inspecteur seul qui connaît des abus et a mission de les réprimer, il y a aussi l'intervention d'un tribunal de simple police et l'inscription de la femme reconnue coupable de provocation est prononcée par le juge de paix.

La parole est ensuite donnée à M. Léon Le Fort qui prononce un discours où se révèle une grande compétence dans la grave question soumise aux délibérations de l'Académie. L'orateur n'ayant pu terminer son discours, à cause de l'heure avancée, nous l'analyserons dans notre prochain compte rendu.

— La séance est levée à cinq heures et quart.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Epidémies des mois de mai et juin 1887 en Italie. — Dans ses numéros 180 et 195, la *Gazette officielle du royaume d'Italie* donne de nombreux documents sur la marche des épidémies dans la péninsule pendant les mois de mai et juin 1887. Nous y relevons les détails intéressants qui suivent :

Sur 8,571 atteintes de variole, il y eut 935 décès. Ce sont la Toscane et l'Apulie qui ont fourni le plus de victimes.

Pour la scarlatine, les décès furent presque aussi nombreux en mai et juin que dans les trois premiers mois de l'année.

On compte, en effet, pour le premier trimestre, 1,364 décès, tandis qu'il y en eut 566 en mai et 550 en juin.

Par contre, la diphthérie était en décroissance : alors que les décès inscrits sous cette rubrique étaient de 1,553 en janvier, 1,414 en février, 1,326 en mars, on n'en n'enregistra plus que 1,026 en mai et 786 en juin. C'est encore en Apulie que les décès pour diphthérie furent le plus nombreux.

— Une Société de laryngologie est en voie de formation à Londres; la Compagnie sera présidée par Morell Mackenzie.

— Il est question d'élever, à New-York, un monument en l'honneur de Marion Sims, le célèbre gynécologiste. — Ch. S.

COURRIER

Parmi les savants auxquels l'Association française pour l'avancement des sciences

©BIU Santé

vient d'accorder des subventions leur permettant de poursuivre leurs travaux, nous citerons les noms suivants :

M. le docteur Topinard : pour l'établissement d'une carte de la répartition de la couleur des yeux et des cheveux en France, 1,000 francs. — M. le docteur Maurel : études sur les causes de l'action des marais, 100 francs. — M. le docteur Petit : publication des œuvres de Jean Méry, 200 francs. — M. Turquan : publication d'une carte statistique de la répartition de la population en France, 500 francs.

— Il est fondé à Paris une Société médicale dite : « Société de stomatologie. »

Elle a pour objet l'étude scientifique des maladies de la bouche, de l'appareil dentaire et de leurs annexes.

Elle se compose : 1° de membres fondateurs ; 2° de membres titulaires ; 3° de membres correspondants nationaux ou étrangers ; 4° de membres honoraires.

Les membres titulaires, correspondants et honoraires, sont en nombre illimité.

Exposé des motifs : Les médecins qui ont pris l'initiative de fonder la Société de stomatologie placent au-dessus de toute contestation que la stomatologie, définie ainsi qu'il est dit ci-dessus, fait partie intégrante de la médecine et qu'elle exige, pour être exercée avec autorité, une instruction scientifique aussi variée et aussi complète que les autres spécialités médicales. Or, l'exercice de la médecine en France n'étant pas libre, ils invoquent l'application du droit commun, c'est-à-dire la pratique de la stomatologie par les médecins.

Ils font appel, en outre, à ceux de leurs confrères exerçant des spécialités dont les points de contact avec la stomatologie proprement dite sont les plus fréquents (laryngologie, rhinologie, otologie, ophthalmologie, etc.). Ils espèrent, par le rapprochement de ces compétences multiples, fonder une œuvre profitable à la science.

Les médecins, désireux d'entrer dans cette Société, sont priés d'en informer l'un des membres du bureau dont les noms suivent :

MM. les docteurs Magitot, président, 8, rue des Saints-Pères ; Cruet, 2, rue de la Paix ; Galippe, 65, rue Sainte-Anne ; Moreau-Marmont, 23, boulevard Haussmann ; Pietkiewicz, 79, boulevard Haussmann.

— Récemment, la sous-commission des trains sanitaires, qui dépend de la commission supérieure des chemins de fer, a fait un voyage d'expériences de Paris à Mantes.

Le train sanitaire comprenait : 1° un wagon de train sanitaire permanent de la compagnie de l'Ouest, dans lequel ont eu lieu des expériences de chauffage ; 2° un wagon aménagé d'après le système du médecin principal Gavoy et dans lequel on a expérimenté des modes de suspension de brancards pour les trains sanitaires improvisés. Les essais, à ce point de vue, ont porté principalement sur l'appareil de suspension du médecin principal Delahousse, qui n'est qu'une modification — mais une modification heureuse — du système réglementaire dû au colonel du génie Bry.

Un rapport doit être fait sur ces différents essais qui, croyons-nous, ont donné de bons résultats. (*Bulletin médical.*)

Société de médecine de Paris. — Séance du 25 février 1888. — *Ordre du jour* : 1. M. Deligny : Un cas d'urticaire pigmentée. — 2. M. Duroziez : Angio-sclérose. — 3. Communications diverses.

L'ÉMULSION MARCHAIS est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. G. Hunter Mackenzie : Thyrotomie pour végétations du larynx. — III. A. Dehenne : Traitement de l'ectropion. — IV. Bibliothèque : Bibliothèque des merveilles. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. VI. Formulaire — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

Qui aura raison, de M. Constantin Paul ou de M. Germain Sée? Le nouveau réactif de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique, la phloroglycine vanilline, n'agirait-il que lorsque le sujet a ingéré des œufs d'une fraîcheur douteuse, comme le prétend M. C. Paul? Dans ce cas, la coloration donnée par le réactif serait due non à l'acide chlorhydrique, mais à l'acide sulfhydrique. Voilà donc tout remis en question au sujet de ce nouveau moyen de diagnostiquer les maladies de l'estomac.

A ce propos, nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer combien il serait désirable de ne pas faire connaître trop tôt au public les résultats d'expériences qui ont encore besoin d'un contrôle plus ou moins prolongé pour qu'on puisse les considérer comme définitifs. Par exemple, dans l'avant-dernière séance de l'Académie des sciences, M. P. Gibier a envoyé du Brésil le résumé de recherches sur la fièvre jaune qui sont encore incomplètes, dit-il, mais qui le portent néanmoins à émettre cette opinion, que cette affection n'est pas une fièvre dans le sens donné à ce nom, mais un empoisonnement produit par une fermentation spécifique, se passant uniquement dans l'intestin. Mais puisque les recherches de M. Gibier sont encore incomplètes, pourquoi n'avoir pas attendu qu'elles fussent

FEUILLETON

CAUSERIE

Nouvelles excentricités chirurgicales : la résection du foie, l'extirpation des tumeurs de la moëlle épinière; la ponction des cavités du cœur et de l'aorte. — Emploi de l'électricité pour remplacer celui de la guillotine.

Nous l'avions bien prédit, que le foie lui-même n'échapperait pas à la résection ; jusqu'alors on s'était contenté de l'inciser, pour ouvrir des abcès ou des kystes, maintenant c'en est fait, il est excisé; nous avions déjà l'hépatotomie, le vocabulaire chirurgical va s'enrichir d'un nouveau mot: *l'hépatectomie.* C'est à Langenbuch, de Berlin, déjà bien connu pour ses hardiesses opératoires, que revient tout l'honneur de cette innovation, si honneur il y a à pratiquer l'ablation d'un organe, en faisant courir de grands dangers au malade, tout simplement parce que cet organe le gêne.

Car n'allez pas croire que le foie était malade, au moins; nullement, il était simplement déformé parce que la patiente, un peu coquette dans sa jeunesse, avait eu autrefois l'habitude de trop serrer son corset; le lobe gauche avait changé de direction et formait une tumeur très gênante, douloureuse même. Peut-être aurait-il suffi à cette dame de serrer un peu moins son corset pour voir disparaître les troubles dont elle se plaignait;

©BIU Santé

complètes pour en communiquer les résultats, et s'exposer à donner de ses nouvelles recherches des conclusions en contradiction avec celles des premières? La science ne pourrait évidemment que gagner à un peu moins de précipitation dans la publication des faits constatés, qu'il s'agisse de la phloroglycine vanilline, du microbe de la fièvre jaune, ou de l'antipyrine.

Nous voici encore ramenés, en effet, à l'antipyrine, qui a donné lieu à une discussion des plus intéressantes dans la dernière séance de l'Académie. Que de contradictions! M. Jennings avait signalé des inconvénients graves de l'emploi de l'antipyrine; M. Daremberg écrit que M. Jennings avait pourtant, trois semaines auparavant, publié un article fort élogieux pour ce médicament dans *The Lancet*. De plus, M. Jennings parle de malades qu'il n'a pas vus, qu'il ne connaîtrait que par ouï-dire. L'antipyrine produit des *rash*, comme la quinine, mais non des accidents graves quand elle est pure; c'est ce que pensent MM. Daremberg, Laborde, etc. Il en est de même, paraît-il, de l'acétanilide, qu'on a proposée pour la remplacer, et que M. Hardy a accusée d'avoir occasionné la mort à la suite d'une petite dose de 1 gramme pris en huit fois dans les vingt-quatre heures. Et tandis que M. Dujardin-Beaumetz proteste contre cette interprétation et pense qu'il faut attribuer cet accident à l'impureté du produit, comme M. Gautier, M. Brouardel fait remarquer avec raison que l'acétanilide, même pure, peut être dangereuse chez les malades dont les reins sont altérés.

Toutes ces obscurités, relativement à l'emploi des médicaments nouveaux, justifient donc grandement l'indignation exprimée par M. Hardy, appuyée par M. Rochard, contre les pharmaciens qui vendent l'antipyrine sans ordonnance, comme s'il s'agissait de la réglisse, et qui même en ordonnent à toute personne qui vient chez eux se plaindre de douleurs quelconques. On ne saurait trop prémunir le public contre son entraînement vers l'antipyrine, qu'on met à toutes sauces, et dont chacun croit devoir se servir « pendant qu'elle guérit ».

Nous attendrons la fin de la discussion sur la réglementation de la prostitution à l'Académie pour la résumer dans son ensemble. — L.-H. P.

---

tel ne fut pas l'avis du chirurgien, qui, trouvant probablement l'occasion favorable à une expérience préméditée, ne voulut pas la laisser échapper.

Voici le résumé du fait :

Une femme d'une trentaine d'années était en traitement pour un érysipèle, en novembre dernier, à l'hôpital Lazarus; elle allait partir en convalescence, lorsquelle demanda si on ne pourrait pas la débarrasser d'une tumeur abdominale qui rendait sa vie insupportable à cause des douleurs qu'elle lui causait, qu'elle fût debout ou couchée. Cette tumeur siégeait à l'épigastre, elle était du volume du poing, dure, élastique, non fluctuante, suivait les mouvements imprimés par la respiration, et sa matité se continuait avec celle du foie. On discute le diagnostic entre une tumeur hydatique et une difformité provenant d'un corset trop serré, bien que cette dernière affecte ordinairement le lobe droit. Une incision exploratrice montra que cette dernière hypothèse était exacte, mais que la difformité siégeait sur le lobe gauche, et probablemeut pour cette raison déterminait des phénomènes douloureux.

Langenbuch pensa qu'il était indiqué d'enlever la source de tout le mal, d'autant plus que la portion du lobe qui formait la tumeur était séparée du reste de l'organe par un large pédicule ligamenleux, et par suite hors de service au point de vue fonctionnel. En conséquence, le pédicule fut traversé par des ligatures, et le lobe excisé.

Le soir même, survinrent les symptômes d'une hémorrhagie interne grave, et en ouvrant l'abdomen, on le trouva rempli de sang; on épongea celui-ci, on lia les vaisseaux qui donnaient, et aucun autre accident ne revint plus de ce côté. La plaie se cicatrisa, mais

Thyrotomie pour végétations du larynx,

Par G. Hunter Mackenzie, professeur de laryngologie et de rhinologie à l'Ecole de médecine d'Edimbourg, etc., etc.

En présence de l'intérêt qu'excitent en ce moment les végétations du larynx, intérêt qui se lie à la maladie du prince impérial d'Allemagne, j'ai pensé qu'il serait opportun de soumettre aux lecteurs de cette Revue les observations suivantes, sur un cas que, grâce à la bienveillance de mon ami le docteur Reid de Kirkendbrigt, j'ai eu l'occasion de suivre pendant plus de trois ans.

Mme R..., âgée de 35 ans, me fut adressée par le docteur R..., pour un enrouement, le 10 octobre 1884. Je constatai une laryngite légère, constituée par un peu de rougeur des cordes vocales et un œdème léger des ventricules du larynx.

L'application locale d'une pâte au chlorure de zinc et des inhalations de créosote et d'ammoniaque lui furent alors recommandées.

Le 18 décembre suivant, je vis de nouveau la malade, et découvris une végétation semblable à une verrue et environ de la grosseur d'un pois cassé, située à la commissure antérieure des cordes vocales et faisant entre elles une légère saillie. La laryngite observée lors du premier examen avait presque entièrement disparu; la malade était aphone, aucune douleur, ni sensibilité, ni engorgement ganglionnaire. Après une courte période d'observation, pendant laquelle on put constater un accroissement évident du volume de la végétation, je réussis à en enlever un fragment pour l'examen microscopique. Ce fragment permit de reconnaître distinctement une excroissance papillaire sans aucune trace visible de l'existence d'un mal de mauvais caractère.

La situation de la végétation et la condition de la malade, qui se trouvait dans un état de grossesse avancée (jointes à une résistance absolue et rare à l'action de la cocaïne) s'opposaient à quoi que ce fût qui ressemblât à l'ablation du néoplasme. La malade retourna chez elle avec une voix meilleure, et je ne la revis plus que le 19 mai de l'année suivante quand, ses couches ayant eu lieu dans l'intervalle, elle vint de nouveau à Edimbourg pour me consulter. La végétation obstruait alors plus d'un tiers de la glotte et causait un peu de dyspnée ; et comme l'opération devint rapidement très urgente, je me déterminai à exécuter la thyrotomie, que je pratiquai avec l'assistance de mes amis les

---

la guérison fut retardée par le développement d'une ascite qui nécessita deux ponctions. On ne put se prononcer sur la question de savoir si l'ascite provenait de la débilité cardiaque et de l'hydrémie résultant de l'attaque d'érysipèle précédente qui avait été assez grave, ou dépendait de la diminution de la circulation hépatique; comme il y avait de l'anasarque, la première hypothèse est la plus vraisemblable, mais l'opération sur le foie a été probablement la cause occasionnelle de l'infiltration séreuse et de l'ascite. Cet épiphénomène ne fut d'ailleurs que passager, et la malade sortit de l'hôpital en bon état, au bout d'environ deux mois.

La portion enlevée du foie pesait 370 grammes; le poids moyen de cet organe étant d'environ 1,500 grammes, c'est donc environ le quart du foie qui a été enlevé, ou, si l'on veut, le quart du chemin à parcourir vers l'extirpation totale. En tout cas, M. Langenbuch déclare que ce cas démontre la possibilité d'enlever un lobe du foie déformé par un corset trop serré, lorsque cette déformation donne lieu à des inconvénients notables. La manière dont il explique le développement de cette affection est assez curieuse.

Jusqu'au moment de son mariage, c'est-à-dire huit ans auparavant, la malade avait porté un corset, qu'elle avait quitté lorsqu'elle était devenue enceinte, et qu'elle n'avait pas repris depuis lors. Elle pense que le foie, déplacé en bas et en avant par le corset, a été alors soumis à la compression exercée par le bandage abdominal qui avait remplacé le corset; de telle sorte que les inconvénients produits par la difformité proviendraient non de ce que le corset avait été trop serré, mais parce que la malade n'en portait plus. Ce paradoxe nous mènerait à cette conclusion, qu'une fois en proie à une

©BIU Santé

docteurs Black et Maxwell Ross le 9 juin. L'excroissance fut enlevée et la plaie touchée au crayon de nitrate d'argent. L'examen microscopique démontra que c'était un papillome. La malade guérit sans accident, et tout alla bien pendant à peu près deux mois, quand des symptômes relatifs à des troubles laryngiens se produisirent de nouveau Vers la fin d'août, j'eus l'occasion d'examiner la malade et grand fut mon désappointement, en découvrant que la végétation avait reparu, et avec plus d'exubérance que jamais.

Le 4 septembre j'allai à Kirkendbrigt, et avec l'habile concours du docteur Reid, je pratiquai [de nouveau la thyrotomie, cautérisant la base librement et profondément à l'aide du thermo-cautère. La malade guérit encore facilement, recouvra la voix dans l'espace de six mois, et je ne la vis plus pendant un laps de temps de plus de deux années, (17 septembre 1887), époque où elle vint de nouveau me consulter, d'après l'avis du docteur Reid.

A l'examen laryngoscopique, je trouvai: 1° que l'ancienne végétation n'avait pas reparu. En effet, la commissure antérieure ne montrait aucune trace des premières opérations; et 2° que du tiers postérieur de la corde vocale gauche s'élevait une végétation sessile, ayant l'apparence de celles précédemment décrites, et un peu plus grosse qu'un pois. Nul accompagnement de laryngite. La malade fut encore complètement réfractaire aux applications répétées dans le larynx d'une forte solution de cocaïne, 40 pour 100, et ce fut avec une grande difficulté, et seulement après de violents efforts et des vomissements qu'on pût enlever un petit fragment pour l'examen microscopique. Le résultat de cet examen fut identique à celui des examens précédents. La malade, qui attendait de nouveau une délivrance prochaine, fut laissée en repos pendant cette période; après laquelle, des symptômes d'obstruction laryngienne s'étant encore développés, le docteur Reid proposa, d'accord avec moi, de pratiquer la trachéotomie et d'introduire une canule. Il est intéressant de noter qu'une végétation verruqueuse, de même nature que celles du larynx, a récemment commencé à se développer sur la muqueuse de la voûte palatine, immédiatement en arrière des incisives.

RÉFLEXIONS. — Les points saillants peuvent maintenant être brièvement commentés. La reproduction de la végétation à la même place, après la première opération de thyrotomie, tenait sans doute à une cautérisation insuffisante de son point d'insertion à la membrane muqueuse.

Ayant le désir d'éviter le traumatisme des cordes vocales, et craignant de

---

mauvaise habitude, il faut la conserver si on ne veut pas s'exposer à des conséquences graves.

***

Nous avons parlé autrefois, il y a quelque six ou huit mois, d'une autre excentricité chirurgicale commise en Angleterre, et qui avait consisté à pratiquer l'ablation d'une tumeur de la moelle épinière. Nous avons promis à nos lecteurs de les tenir au courant des suites de cette opération, et nous remplirons aujourd'hui cette promesse.

Le patient a été présenté le 24 janvier dernier à la Société médico-chirurgicale de Londres par son médecin et son chirurgien, MM. Gowers et Victor Horsley.

On se rappelle que le malade éprouvait depuis trois années de vives douleurs, surtout au niveau de l'angle de l'omoplate gauche, et présentait en outre une paraplégie de toute la partie du corps située au-dessous de ce point. Le bord supérieur de la partie anesthésiée siégeait dans la région du cinquième nerf intercostal à gauche, et à droite les limites étaient moins nettes, mais ne remontaient pas plus haut. Tous les symptômes étaient ceux des tumeurs de la moelle épinière, et l'intensité des douleurs justifiait amplement l'idée de faire une tentative d'ablation de la tumeur.

En conséquence, M. V. Horsley enleva les apophyses épineuses et une partie des lames des quatrième et cinquième vertèbres dorsales; mais ce ne fut qu'après avoir ainsi réséqué la troisième vertèbre qu'on put voir la tumeur; c'était un petit myxome, de forme ovale, comprimant la partie gauche de la moelle, dans la substance de laquelle elle faisait une profonde dépression, au-dessous de la troisième vertèbre. Elle fut facilement

déterminer le développement d'une poussée inflammatoire et gangréneuse, j'évitai à dessein de me servir du thermo ou du galvano-cautère. Le libre usage du thermo-cautère, lors de la seconde opération, fut plus efficace, et le résultat prouva que mes craintes, eu égard aux conséquences fâcheuses de son emploi, étaient absolument dénuées de fondement. On remarquera que la végétation actuelle occupe une tout autre place que les végétations précédentes, et que, de même que celle du palais, elle dénote une prédisposition à la production de ces néoplasmes, qui devra influencer la direction du traitement. Car, avec cette tendance de la part de la malade, la thyrotomie n'aurait pas de raison d'être, tandis qu'il est indiqué de pratiquer la trachéotomie et d'introduire une canule. Aussitôt que la respiration sera embarrassée, la trachéotomie présentera un double avantage : d'abord la respiration deviendra tout de suite plus libre; et, de plus, comme je l'ai démontré déjà dans une autre circonstance (1), elle sera probablement suivie de la disparition spontanée et définitive de la végétation.

J'ajouterai quelques réflexions sur le diagnostic de la nature des végétations laryngiennes. La question importante, dans ce cas, est celle-ci : la végétation est-elle maligne ou bénigne?

En dehors des symptômes constitutionnels qui accompagnent une végétation de nature maligne, le diagnostic peut être fourni par le laryngoscope ou le microscope, et préférablement par les deux réunis. Les caractères d'une végétation maligne naissante vue au laryngoscope, surtout lorsqu'elle offre l'apparence d'une ou de plusieurs excroissances sur une corde vocale, sont presque toujours très obscurs. Il y a un point cependant que l'observation prolongée de plusieurs cas me porte à croire de quelque valeur diagnostique : lorsqu'il existe une végétation maligne, la mobilité de la corde vocale correspondante est de bonne heure, et à un degré marqué, altérée ou presque totalement abolie, et cela en dehors des entraves pure-

(1) Sténose du larynx après la rougeole. Trachéotomie. (*Journal de méd. d'Edimbourg*, octobre 1883.) — Résultats d'un cas de trachéotomie pour une sténose laryngienne après la rougeole. (*Journal de méd. d'Edimbourg*, novembre 1884.)

énucléée, et, grâce à un traitement antiseptique minutieux, la température ne s'éleva pas à plus de 1 degré Fahrenheit. La plaie se cicatrisa rapidement, sauf à la partie supérieure, où on avait placé un drain par lequel un peu de liquide cérébro-spinal s'écoulait très lentement.

Pendant trois ou quatre semaines, la douleur ne diminua pas, et même parut plus intense de temps en temps; mais, à partir de ce moment, elle diminua d'une façon progressive et intermittente, et actuellement, sept mois après l'opération, elle a entièrement disparu; la sensibilité et les mouvements du tronc et des membres inférieurs sont presque complètement revenus.

On ne peut évidemment que féliciter l'opéré, l'opérateur et ses conseillers de cet heureux résultat. Quoique nouvelle, l'opération n'en est pas moins très justifiable, étant donnée la netteté des indications qui la nécessitèrent dans le cas présent; mais il ne faudrait pas en abuser.

Une autre opération moins justifiée et qui, je crois et j'espère, restera toujours à l'état d'excentricité, est celle qui consiste à pratiquer la ponction du ventricule droit ou de l'oreillette droite du cœur avec un fin trocart, et à faire l'aspiration du sang contenu dans ces cavités pour remédier à la congestion pulmonaire. Cette fois, c'est d'Amérique que nous est venu ce progrès (?) médico-chirurgical. On a été encore plus loin et j'ai vu dernièrement l'indication bibliographique d'un travail sur l'aspiration de l'aorte dans le traitement de la même affection. Comme le temps me manque aujourd'hui pour étudier avec soin ces documents, je reviendrai plus tard sur ce sujet.

©BIU Santé

ment mécaniques apportées par la situation et le volume de la végétation au mouvement provoqué.

Ceci peut être expliqué par ce fait que, dans les cas de mauvais caractère, la végétation est en réalité située plus profondément, est plus diffuse, et que les effets en sont plus largement étendus que ne le ferait supposer l'examen laryngoscopique.

L'importance que l'on attache à l'examen microscopique des fragments de néoplasme est tant soit peu équivoque. S'ils présentent distinctement des caractères affirmatifs, on peut regarder la question comme définitivement jugée; s'ils sont négatifs et, en particulier, s'ils montrent un tissu simplement enflammé ou granuleux, le diagnostic demeure encore douteux. J'ai déjà prouvé que des fragments d'une végétation qui est positivement, et à un haut degré, d'une nature maligne, peuvent présenter au microscope l'apparence la plus bénigne, surtout dans les premières périodes de la maladie. De quelle façon expliquer cela? M. Lennox-Browne, dont la parole a tant d'autorité, incline à croire que l'irritation causée par l'introduction fréquente d'instruments *ad hoc* favorise la dégénérescence maligne dans un néoplasme antérieurement bénin. Il est cependant intéressant de noter que, dans un cas tel que celui dont il est ici question, dans un larynx qu'on a irrité sans ménagement, à différentes reprises, pendant environ trois ans, la végétation est encore en apparence bénigne, tandis que, pour un cas de mauvais caractère que j'ai eu à traiter dernièrement, les premières apparences au microscope étaient de nature bénigne (tissu inflammatoire); et cependant aucun instrument n'a été introduit dans le larynx. Des fragments de néoplasme, suffisants pour l'examen microscopique, furent alors spontanément détachés et expectorés.

L'erreur me paraît devoir se rencontrer surtout lorsqu'il existe une grande inflammation laryngienne concomitante.

Un autre point de cette observation digne d'être noté, c'est l'inefficacité exceptionnelle de la cocaïne, en forte solution, comme anesthésique local.

* * *

Par une bizarre coïncidence — décidément il est écrit que je ne parlerai aujourd'hui que de bizarreries — au moment où les partisans de l'abolition de la peine de mort paraissent gagner chaque année du terrain, leurs adversaires s'ingénient de plus en plus à trouver de nouvelles manières de l'appliquer.

Dans la dernière session de la législature de New-York, une commission a été nommée dans le but de rechercher les méthodes les plus humaines et les plus pratiques d'exécuter la sentence de mort. D'après le rapport de cette commission, il existe actuellement dans les pays civilisés cinq procédés différents : la guillotine, dans 10 centrées; le glaive, dans 19; la potence, dans 3; le fusil, dans 2; la hache, dans 1.

Les membres de la commission sont arrivés à ces conclusions, entre autres, que la peine de mort a complètement échoué dans son but principal, qui était de diminuer le nombre des causes pour lesquelles elle est appliquée, et que les cinq manières de l'exécuter sont susceptibles de graves reproches. La pendaison, par la méthode américaine elle-même, est un procédé cruel, incertain, sujet à toutes sortes de complications mécaniques. Aussi la commission se prononce-t-elle en faveur de l'emploi de l'électricité pour les raisons suivantes :

La mort est instantanée; c'est le devoir de la société d'employer à son profit les avantages et les facilités que la science acquiert dans ce but. Une décharge électrique de force suffisante pour produire la mort ne peut déterminer une sensation capable d'être

Traitement de l'ectropion.

Note lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 28 janvier 1888,

Par le docteur A. DEHENNE.

Messieurs,

Je désire attirer votre attention sur un petit point du manuel opératoire de l'ectropion, que j'emploie depuis quelques mois à ma clinique, et qui m'a donné d'excellents résultats. Je combine l'excision de toute la partie saillante de la muqueuse hypertrophiée à la cautérisation de la surface cruentée avec la pointe fine du thermo-cautère. Grâce à cette réunion de deux procédés, j'ai obtenu des succès là où les sutures de Snellen, l'excision et la thermo-cautérisation, employées séparément avaient complètement échoué. Comme vous le verrez, lorsque je vous décrirai le *modus faciendi*, que vous prévoyez déjà l'opération est bien simple et à la portée de tous.

L'excision combinée (c'est le nom que je donnerai dorénavant à cette petite opération) ne s'applique évidemment pas à l'ectropion cicatriciel qui nécessite une blépharoplastie, une grande opération chirurgicale.

Mais elle rencontre son application dans toutes les autres formes d'ectropion, où le renversement de la paupière est plus ou moins considérable, et remonte à une époque variable. L'ancienneté de la maladie, le renversement de la paupière, etc., ne sont pas des contre-indications ; elles impliquent simplement l'idée d'une excision plus étendue et d'une cautérisation plus profonde.

Le larmoiement par obstruction des voies lacrymales, les inflammations chroniques, répétées et prolongées de la paupière inférieure, le relâchement sénile des fibres de l'orbiculaire, amènent peu à peu le renversement de la paupière en dehors. Plus la paupière se renverse, plus est prononcée l'éversion du point lacrymal, plus considérable est le larmoiement. Il y a là un cercle vicieux que l'on rencontre fréquemment en pathologie. La muqueuse conjonctivale, déjà enflammée, se trouvant en contact continuel avec l'air ambiant, les poussières extérieures, etc., s'hypertrophie, s'épaissit, et augmente encore par son propre poids la tendance à l'abaissement de la paupière. En dernière analyse, le cartilage tarse se déforme, et l'infirmité, avec toutes ses conséquences, est complètement constituée. Parmi ces conséquences, la plus fréquente est la kératite ulcéreuse.

Jusque dans ces derniers temps, j'avais employé contre l'ectropion tous les moyens classiques préconisés. Souvent j'avais réussi, et dans ces cas j'avais affaire à un ectropion

---

perçue. La rapidité du courant électrique est si grande que le cerveau est paralysé. D'après le professeur E. Thompson, de Lynn (Massachusetts), la manière la plus certaine de causer la mort est de faire passer le courant de bas en haut, de la partie inférieure de la colonne vertébrale au sommet de la tête, par l'application brusque d'éponges mouillées; on obtiendra ainsi l'extinction sans douleur de toutes les facultés; et, en maintenant quelques instants le courant, on déterminera un tel épuisement nerveux, qu'il sera impossible d'amener la résurrection par n'importe quel moyen.

D'après un certain nombre d'expériences sur les chiens, on put s'assurer en effet : 1° que la mort produite par un courant électrique suffisamment puissant est plus rapide et humaine que celle que peut déterminer tout autre agent employé dans ce but; 2° que la résurrection, après le passage d'un semblable courant à travers le corps et les centres fonctionnels du cerveau, est impossible; 3° que l'appareil dont on se servira devra être disposé de manière à permettre au courant de passer par les centres fonctionnels du cerveau. D'après les devis de la commission, les appareils nécessaires pour la mise en œuvre de ce mode d'exécution des criminels n'entraîneraient que des dépenses minimes. Il se fait en ce moment en Amérique, dans le monde médical et judiciaire, un fort courant d'opinion en faveur de l'adoption de cet emploi de l'électricité.

Mais remarquez que ce sont encore ces pauvres chiens, dont le plus mauvais valait peut-être mieux que le meilleur gibier de potence, qui ont payé les premiers pots cassés.

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

relativement récent (trois mois). Le plus souvent j'avais échoué, surtout lorsqu'il s'agissait d'ectropions anciens, avec renversemunt total de la paupière, et hypertrophie considérable de la muqueuse. Le seul procédé qui m'ait constamment réussi est le suivant :

Tout d'abord, il faut s'assurer de l'état des voies lacrymales. Si, en appuyant avec le doigt sur la région du sac, on fait soudre un peu de pus par les points lacrymaux, il n'y a pas à hésiter ; il faut débrider les canalicules et faire le cathétérisme.

Si le sac lacrymal est sain, avant de débrider le point lacrymal, il est nécessaire de s'assurer de la perméabilité des voies lacrymales à l'aide d'une injection d'eau fraîche. De plus, par l'interrogatoire du malade, on peut savoir si le larmoiement a précédé ou suivi l'ectropion.

Dans le cas où le larmoiement paraîtrait avoir joué un certain rôle dans l'étiologie de l'ectropion (et c'est là le cas le plus fréquent), le cathétérisme s'impose, à la condition qu'on le pratique avec des sondes d'un calibre moyen (n° 2 ou 3 de Bowmann), et qu'on substitue aux sondes, le plus tôt possible, les injections pratiquées à l'aide de la seringue d'Anel.

Puis, que l'on ait pratiqué ou non le débridement du point lacrymal, on saisit avec une pince à griffes le bourrelet muqueux dans toute son épaisseur à partir de l'angle externe de la paupière, et on l'excise dans toute son étendue à l'aide de petits coups de ciseaux. Cette excision donne lieu à un léger écoulement sanguin, que l'on arrête avec du coton antiseptique trempé dans une solution de sublimé au 1/3000e. Puis rapidement, et profondément, on parcourt toute l'étendue de la surface cruentée avec la pointe fine du thermo-cautère. De même que pour l'entropion toute cautérisation superficielle serait absolument inutile ; ceux qui, employant ce procédé, échoueraient ne pourraient accuser que la *timidité* de leur intervention. Le cartilage tarse doit être largement entamé. Le fer rouge doit parcourir le fond de la plaie sept ou huit fois au moins. Malgré la cocaïne, cette opération est assez douloureuse. Si on doit la pratiquer sur les deux yeux, ou si le patient semble craindre la douleur, il vaut mieux employer le chloroforme.

Comme pansement, une rondelle aseptique enduite de la pommade suivante :

	Acide borique	0 gr. 15 centigr.
	Vaseline pure	20 grammes.
Ou :	Sublimé	5 milligr.
	Vaseline pure.....	20 grammes.

Un peu d'ouate fine et un tour de bande destiné à maintenir le pansement. Il est inutile d'exercer une compression, quelque faible qu'elle puisse être. Dès le lendemain, l'aspect de l'œil n'est plus le même. La tuméfaction légère, consécutive à la brûlure, porte la paupière légèrement en avant ; mais il n'y a plus, à proprement parler, de renversement en dehors. Dans les cas simples, lorsque l'ectropion ne remonte qu'à quelques mois, et que le cartilage tarse n'a pas subi de déformation trop prononcée, la guérison est complète en une dizaine de jours. La vaste plaie créée par l'excision de la muqueuse ne se présente plus que sous la forme d'une ligne blanche occupant le cul-de-sac conjonctival, et n'exerçant ni traction, ni tiraillement sur la conjonctive ni sur le globe de l'œil. Dans les cas invétérés, remontant à plusieurs années, le redressement de la paupière est plus long à se produire ; mais si l'on a pris la précaution de ne pas ménager la cautérisation, on peut être assuré de la perfection du résultat.

J'ai recueilli en deux mois six observations absolument probantes, et dont le résultat ne s'est pas démenti. La deuxième opération d'ectropion remonte à trois mois environ, et la malade est en parfait état.

Voici donc une opération très facile à pratiquer, à la portée de tous, et qui donne des succès là où les autres procédés échouent. Je crois qu'il est intéressant, pour la Société de médecine de Paris, d'être tenue au courant des progrès que fait chaque jour l'ophthalmologie, et c'est à ce titre que je vous ai apporté cette modeste contribution à la chirurgie oculaire.

BIBLIOTHÈQUE

BIBLIOTHÈQUE DES MERVEILLES, publiée sous la direction de M. Edouard CHARTON. 118 vol. in-16, chacun séparément, 2 fr. 25. — Librairie Hachette.

Le pétrole, par M. W. de Fonvielle. L'auteur nous donne l'histoire passée et l'histoire actuelle de cette substance minérale, dont l'exploitation et l'utilisation industrielles récentes produisent de nos jours une véritable révolution économique en Amérique, dans les Etats de Pensylvanie et de New-York, et sur les rivages de la mer Caspienne. — *Ninive et Babylone*, par M. Joachim Menant. Après trois mille ans cachées aux regards des Sociétés modernes, deux des villes les plus célèbres de l'antiquité ont été retrouvées, avec leurs splendides débris et leur littérature indestructible, sur briques. L'auteur nous décrit cette merveilleuse découverte, en y joignant les considérations historiques, archéologiques et littéraires qui en découlent. — *Les papillons*, par G.-R. Maurice Maindron. L'auteur a su joindre l'utile à l'agréable par la description des différentes espèces de papillons, de leurs transformations ou métamorphoses, et des moyens de les prendre et de les conserver, mettant ainsi ses lecteurs sur la voie de distractions intelligentes et instructives pendant les époques de villégiature. — *Les merveilles de l'horlogerie*, par Camille Portal et H. de Graffigny. Ce petit livre est d'une grande richesse de détails savants. Les auteurs n'ont rien négligé de ce qui rentre dans leur sujet : les gnomons, les cadrans solaires, le sablier, la clepsydre, les horloges à poids, les horloges monumentales, les montres, les chronomètres, les automates, les boîtes à musique, les appareils enregistreurs. L'exactitude et la clarté de leurs descriptions donnent à leur œuvre une véritable valeur et une incontestable utilité.

La *Bibliothèque des merveilles* comprend actuellement 118 volumes illustrés de nombreuses gravures, et s'augmente chaque année de volumes nouveaux. Cette charmante encyclopédie de vulgarisation scientifique s'adresse à tout le monde. Elle mérite d'être recherchée, car elle répand, sous des formes faciles, les connaissances qui peuvent le mieux contribuer au progrès intellectuel des groupes humains. — G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Addition à la séance du 21 février 1888.

Note de M. le docteur Faucher sur le réactif de Gunsburg.

Dans la séance de l'Académie du 17 janvier 1888, M. le professeur Sée a communiqué les résultats que lui a donnés, pour la recherche de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique des dyspeptiqués, le réactif de Gunsburg, solution de phloroglycine vanilline.

Pour se procurer le suc gastrique, M. Sée fait ingérer au malade en expérience un blanc d'œuf dur et un verre d'eau; 60 minutes après le repas, il extrait une portion du contenu de l'estomac et l'examine à l'aide du réactif.

Dans certains cas, il note une coloration rouge, indiquant l'existence d'un acide inorganique, tandis que d'autres fois cette coloration fait défaut.

C'est avec intention que nous ne spécifions pas la nature de l'acide inorganique que M. Sée déclare être de l'acide chlorhydrique; le réactif de Gunsburg décèle la présence d'un acide inorganique quelconque.

Nous avons repris les expériences de M. Sée; nous ne parlerons pas aujourd'hui des résultats que nous avons obtenus dans les différentes affections de l'estomac, nous communiquerons seulement le résultat d'expériences que nous avons instituées pour contrôler la valeur du réactif employé par M. Sée. Nous avons vérifié d'abord l'extrême sensibilité du réactif : des traces d'acide sulfurique, nitrique, chlorhydrique, etc., nous ont donné la coloration rouge, tandis que des acides inorganiques chimiquement purs, tels que les acides lactique, tartrique, acétique, benzoïque, n'ont donné aucune réaction.

©BIU Santé

Ce point acquis, nous nous sommes procuré une série d'œufs de fraîcheur différente et, après les avoir fait durcir, nous avons prélevé sur chacun d'eux un égal poids de blanc, que nous avons trituré avec un poids donné d'eau distillée.

Nous avons recueilli séparément les liquides, et nous les avons essayés avec la phloroglycine vanilline suivant le procédé indiqué par M. Sée, en évaporant quelques gouttes du mélange sur le bord d'une capsule de porcelaine.

L'œuf du jour n'a pas donné de réaction bien nette.

L'œuf de cinq jours a donné une coloration rose.

Trois œufs d'une fraîcheur douteuse, mais encore mangeables, ont donné la coloration rouge intense. En un mot, l'intensité de la réaction a été en raison inverse de la fraîcheur des œufs, ce qui s'explique par la présence d'une quantité croissante d'acide sulfhydrique.

Nous avons constaté de plus qu'une goutte d'une solution d'hydrogène sulfuré, récemment préparée à l'aide de gaz bien lavé, donnait la réaction rouge; que les phosphates de soude, à réaction alcaline, le phosphate tribasique de chaux, la donnaient également.

Nous ajouterons que chacune de ces expériences a été répétée plusieurs fois, à plusieurs jours d'intervalle, que le réactif était chaque fois essayé seul et ne rougissait pas; que ces expériences ont été répétées par M. Palangié, chimiste à la pharmacie centrale, et qu'il n'a pu se glisser, pensons-nous, aucune cause d'erreur dans nos manipulations. Nous croyons donc pouvoir conclure qu'il n'y a aucune indication à tirer de la réaction de la phloroglycine vanilline pour affirmer l'existence de l'acide chlorhydrique libre dans le produit de la digestion, si l'on emploie pour se procurer le suc gastrique le procédé indiqué par M. Sée.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 11 février 1888. — Présidence de M. DE RANSE.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée comprend les journaux et revues de la quinzaine; le *Compte rendu des travaux de la Société des sciences médicales de Gannat*, 41e année, 1886-1887; le n° 1 d'une nouvelle publication périodique, la *Revue illustrée de polytechnique médicale et de chirurgie orthopédique*, par MM. les docteurs A. Leblond et R. Chenet.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL dépose sur le bureau la *Table générale alphabétique des Bulletins de la Société*, du tome Ier au tome XXI (1865-1886). Il propose de voter des remerciements à M. Pellier, archiviste, qui a mené à bonne fin ce long et important travail.

— M. LE PRÉSIDENT rappelle qu'au banquet annuel, qui a eu lieu le 21 janvier, remise a été faite à M. le docteur Perrin de la médaille d'or que la Société lui avait décernée. A cette occasion, M. le président Fraigniaud s'est fait l'interprète des sentiments d'estime et d'affection qui unissent les membres de la Société au collègue qui, depuis de longues années, partage ses travaux et se dévoue à ses intérêts. M. Perrin a remercié en termes émus : ce témoignage de sympathie, dont il est profondément touché, ne pourra que resserrer les liens qui l'unissent à notre chère et vieille Société.

— M. RÉMY, candidat au titre de membre titulaire, lit une observation intitulée : *Hernie du cœcum*. (Renvoyée à une commission composée de MM. Polaillon, Wickham et Richelot, rapporteur.)

— M. APOSTOLI lit un mémoire sur le *traitement électrique de la salpyngite*, avec présentation de malade. (Sera publié.)

M. BESNIER: L'observation que vient de vous lire M. Apostoli se rapporte à une affection à marche aiguë, traitée avec succès par l'électricité. Mais pourquoi notre collègue, qui a plusieurs fois dû changer son diagnostic, s'est-il arrêté à celui de salpyngite? Je sais que le mot salpyngite est très en usage aujourd'hui, quoique on ne sache pas trop

quels symptômes lui attribuer. Et je me rappelle qu'il y a deux ans, le docteur Tennesson, appliquant les ponctions capillaires au traitement de la pelvi-péritonite, a constamment observé l'écoulement d'un liquide séreux ou séro-sanguin, et constamment aussi la résolution de la tumeur sans aucun accident. Chez la malade de M. Apostoli, il y a eu un écoulement de liquide, suivi d'une guérison : le traitement a donc été efficace. Mais il me paraît douteux qu'il y ait eu salpyngite, il pourrait y avoir eu, comme dans le cas de M. Tennesson, pelvi-péritonite.

M. Apostoli: Autrefois on ne connaissait les affections des trompes qu'anatomiquement. Aujourd'hui nous sommes plus éclairés et nous appelons salpyngite beaucoup d'affections qui auraient été prises naguère pour des pelvi-péritonites. Si, chez la malade que je vous présente, vous pratiquez le toucher, vous avez en quelque sorte la trompe sous la main, sous forme d'un cordon saillant. Lorsque j'ai vu cette femme pour la première fois, il y avait de la fluctuation à droite, j'ai cru à une pelvi-péritonite. Mais le liquide écoulé n'ayant été ni purulent, ni sanguin, j'ai dû penser à un kyste de la trompe, et aujourd'hui, je le répète, on sent la trompe à l'endroit où était la collection liquide.

Quant à supposer que les ponctions simples ont la même action que les ponctions électriques, la clinique prononcera. Cependant il est permis de croire qu'outre son action locale le courant électrique a une action particulière sur les tissus.

M. Besnier: Dans le cas actuel, le diagnostic de salpyngite ne me paraît pas évident. Il n'y a pas eu de suspension des règles, mais même des hémorrhagies: or une inflammation des trompes aurait dû produire une oblitération du canal, et amener une rétention du sang menstruel.

M. Apostoli: Toute salpyngite doit-elle entraîner un rétrécissement ou une oblitération du conduit de la trompe?

M. Besnier: Oui, si l'on juge par analogie avec ce qui se passe dans les conduits analogues, tels que la trompe d'Eustache, etc.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Traitement des pustules varioliques des paupières. — Charvot.

Laver fréquemment à l'eau tiède, le bord libre des paupières, enlever les croûtes qui agglutinent les cils, et les enduire pendant tout le cours de la maladie, d'un corps gras très frais, comme cold-cream. Dès qu'une pustule apparaît sur le bord ciliaire, on l'ouvre avec un ténotome, et on cautérise l'ulcération avec la pointe d'un crayon de nitrate d'argent. Si les pustules sont nombreuses, on a recours, en outre, à des onctions mercurielles sur la face externe des paupières et sur le pourtour de l'orbite. Dans le cas de pustule conjonctivale, on fait pratiquer de fréquentes injections interpalpébrales, avec une solution faible de nitrate d'argent (5 à 10 centigram. pour 100 gram. d'eau).

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le 17e Congrès de la Société de chirurgie allemande aura lieu du 4 au 7 avril prochain.

— La section balnéologique de la Société de médecine tiendra ses séances publiques, à Berlin, le 10 et le 11 mars, à l'Institut pharmacologique, sous la présidence du professeur Liebreich.

Nominations. — Le docteur J. Rosenbach, premier assistant de la clinique chirurgicale

©BIU Santé

de Göttingue, est nommé professeur ordinaire et directeur de la Clinique chirurgicale à Iéna.

— Le docteur Frankenhauser, qui vient de prendre sa retraite, est remplacé à Zurich dans la chaire de gynécologie et d'obstétrique par le docteur Wyder (de Dorpat).

— Le docteur Naunyn (de Königsberg) est nommé professeur ordinaire à la Faculté de Strasbourg. — G. S.

Les Chambres médicales allemandes. — Nous avons parlé à plusieurs reprises de la formation longue et difficile des chambres médicales allemandes, des débats quelque peu passionnés qui ont donné lieu à leur composition. Nous avons signalé tout dernièrement encore les réclamations qui se sont produites lors de l'apparition d'une circulaire du ministre de la guerre, déclarant membres des Chambres médicales les médecins du cadre actif de l'armée. Bref, les chambres ont pu constituer leurs bureaux et commencer à fonctionner.

Mais, dès les premières séances, une lacune grave a été constatée. Les Chambres n'ont pas de budget et on ne sait comment pourvoir aux frais de déplacement des membres, frais d'imprimés, etc.

Cette question du budget est pour toute société une question vitale, et le gouvernement ayant déclaré ne pouvoir allouer aucune somme aux Chambres médicales, l'existence de celle-ci nous paraît fort menacée.

Il ne reste qu'un moyen de sortir d'affaire, moyen précaire il est vrai et n'offrant que peu de garanties de salut, imposer aux membres une cotisation à fixer. C'est là du dévouement. — Ch. S.

COURRIER

La Société protectrice de l'enfance vient de décerner les récompenses suivantes :

Médaille d'or : M. le docteur Jenot (de Dercy). — *Médailles de bronze* : MM. les docteurs Brun (de Lodon) et Toussaint (d'Argenteuil).

— Le lundi 12 mars 1888, à une heure précise, un concours pour la nomination à deux places d'interne en médecine à l'hôpital de Berk-sur-Mer sera ouvert dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, à Paris, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription restera ouvert de onze heures à trois heures, depuis le lundi 13 février 1888, jusqu'au lundi 27 du même mois.

Écho de la solennité de Colombier. — Après la mort du rebouteur Audouard dit Saint-Savin, le sieur X..., se disant son neveu, se mit à parcourir les campagnes en sollicitant de pieuses offrandes destinées à l'érection d'un monument à la mémoire du grand homme. Imitant les apôtres, qui jadis prouvaient leur divine affiliation en répétant les miracles de leur maître, il allait reboutant par ci, massant par là. Comme eux, il fut persécuté : le tribunal de Saint-Etienne l'a condamné à six mois de prison pour délit d'escroquerie, exercice illégal de la médecine et — *ne sutor ultra crepidam* — massage dans des régions prohibées. (*Loire médicale.*)

Société médico-pratique. — Séance du 27 février. — *Ordre du jour* : 1. M. Richardière : Rapport sur la candidature de M. Cousin. — 2. M. Schwartz : Arthrite tuberculeuse tibio-tarsienne ; arthrotomie, guérison. — 3. M. Bar : Rapport sur un cas de dysménorrhée pseudo-membraneuse avec examen histologique des pièces. — 4. M. Berne : Quelques considérations sur le traitement des névrites brachiales par le massage. — 5. M. Cadier : Cas de contagion de la tuberculose laryngée entre conjoints.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. JACCOUD : Des pleurésies phthisiogènes, à propos d'un cas de pleurésie sèche diaphragmatique. — II. BIBLIOTHÈQUE : Manuel de trachéotomie. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. COURRIER.

Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD.

Des pleurésies phthisiogènes,

A PROPOS D'UN CAS DE PLEURÉSIE SÈCHE DIAPHRAGMATIQUE.

Un homme de 28 ans, d'une bonne santé habituelle, est pris subitement, dans la nuit du 22 au 23 janvier dernier, d'un ensemble de symptômes graves : frisson, fièvre, courbature générale, gêne respiratoire, vomissements, diarrhée. Le lendemain, cet état persiste : les vomissements restent fréquents, la diarrhée est toujours abondante, la gêne respiratoire est augmentée ; de plus la toux a fait son apparition. Le surlendemain, mêmes symptômes : toutefois les vomissements et la diarrhée ont diminué de fréquence ; par contre, le malade est tellement tourmenté par la peine qu'il éprouve à respirer et par la toux qui le secoue sans cesse, que le matin du quatrième jour il se décide à entrer à l'hôpital. A ce moment, la diarrhée et les vomissements n'existent plus ; mais le patient se trouve mal à l'aise ; sa température vespérale est de 38°,6 ; sa gêne respiratoire est caractérisée par la douleur qu'il éprouve en respirant plus que par la fréquence de la respiration ; sa toux est remarquable en ce qu'elle est sèche, quinteuse, saccadée, fréquente, en ce que les quintes reviennent à l'occasion du moindre mouvement que le malade exécute dans son lit, en ce qu'elle est surtout intense quand il se couche sur le côté gauche, tandis qu'elle est un peu calmée dans le décubitus latéral droit, enfin en ce qu'elle est provoquée ou augmentée par la plus légère pression exercée sur la base du thorax, au niveau des dernières côtes.

A l'examen direct de la poitrine, on ne constate rien d'anormal du côté droit. A gauche, tout est également normal en avant ; mais sur les parties latérale et postérieure de ce côté, on trouve de la submatité dans le quart inférieur, et, si le murmure respiratoire s'entend partout, les frottements sont manifestes dans les points où la sonorité est altérée.

Signes fonctionnels et physiques s'accordent à montrer d'une façon indiscutable l'existence d'une pleurésie sèche dans la partie postéro-latérale du côté gauche de la poitrine, dans la portion de la plèvre en rapport avec le diaphragme. Du reste, la défervescence a commencé dès le lendemain de l'entrée du malade à l'hôpital, le cinquième jour à dater du début des symptômes morbides, et à partir de ce moment la guérison s'est poursuivie avec la plus grande facilité, sans qu'aucun incident soit venu l'entraver ; si bien que, huit jours après, on ne trouve plus que des traces de l'inflammation pleurale sous forme d'un exsudat fibrineux peu prononcé, dont la présence est

BIU Santé

révélée par la submatité, la rudesse de la respiration, et la rétraction de deux espaces intercostaux au moment de l'inspiration, dans la partie postéro-inférieure gauche de la poitrine.

Malgré son apparente banalité, cette observation prête à quelques considérations intéressantes, relatives à la séméiologie, au pronostic et au traitement de la forme de pleurésie qui en fait le sujet. On est d'abord frappé de son début orageux, violent, hors de proportion avec la localisation restreinte et la gravité minime de la lésion anatomique; car à aucun moment n'a existé la moindre trace de liquide dans la cavité de la plèvre. Le fait est assez fréquent dans l'explosion des maladies aiguës. Quand celles-ci éclatent subitement, leur début peut-être marqué par un ensemble de symptômes très inquiétants, alors que la localisation qui se prépare n'est ni étendue, ni grave. Il faut donc avoir cette possibilité présente à l'esprit pour ne pas s'effrayer mal à propos jusqu'à ce qu'un diagnostic précis soit posé.

En second lieu, on remarquera que dans le cas particulier la symptomatologie n'est pas absolument conforme à celle qu'on assigne habituellement à la pleurésie diaphragmatique. Certes les vomissements sont très ordinaires quand la pleurésie aiguë intéresse directement ou indirectement le diaphragme, et cela s'explique par l'influence très nette des nerfs phréniques, qui s'anastomosent avec les pneumogastriques. Mais il n'en est pas de même pour la diarrhée, qui est tout à fait étrangère à l'inflammation aiguë de la plèvre, quel que soit son siège, et qui a persisté ici pendant plus de quarante-huit heures, avec une abondance telle qu'elle aurait pu égarer le diagnostic.

Ce n'était pourtant qu'une coïncidence fortuite, une complication tout à fait étrangère à la pleurésie, résultant de ce que le refroidissement avait agi sur l'intestin en même temps et de la même façon que sur la plèvre. Il aurait été d'autant plus facile de se tromper, du moins pendant les deux premiers jours, sur la nature de l'affection, que le point de côté ne se trouvait pas parmi les symptômes présentés par le malade: celui-ci avait les caractères nets, précis, d'une pleurésie diaphragmatique, mais il n'avait pas de point de côté. Cette absence est rare, mais peut exister, comme le montrent ce cas et plusieurs autres déjà observés: d'où il faut conclure que ce point n'a pas de valeur absolue, n'est pas absolument nécessaire, même dans la pleurésie qui siège au voisinage du diaphragme, contrairement à ce qui se dit et s'écrit couramment. En revanche, ce qui ne manque jamais dans cette pleurésie, c'est le caractère spécial de la toux: elle est sèche, quinteuse, fatiguante, comme dans toute pleurésie au début, et de plus elle est réveillée quand on appuie, même légèrement sur les attaches du diaphragme; c'est l'influence de cette pression sur la toux qui doit toujours fixer l'attention sur la base du thorax, et on peut être sûr, quand elle existe, que l'examen direct de la poitrine corroborera les présomptions qu' a fait naître le signe fonctionnel.

Voilà pour la séméiologie. Passons maintenant au pronostic. Certes, le pronostic *actuel* est aussi favorable que possible pour le malade dont il s'agit, puisqu'il est complètement guéri et ne présente plus qu'un exsudat fibrineux limité. En est-il de même pour le pronostic *futur*? Non, ce dernier reste douteux en raison précisément de la présence de cet exsudat qui peut être l'origine d'adhérences pleurales, en raison surtout des relations étroites qui existent entre la pleurésie et la tuberculose pulmonaire. Ces

relations sont connues de tout le monde; mais on croit généralement que les pleurésies du sommet doivent seules faire penser au développement possible des tubercules du poumon; or, c'est là une erreur absolue; une pleurésie quelconque, quel que soit son siège, peut précéder et préparer l'apparition de ces tubercules. Bien plus, les caractères essentiels de ces *pleurésies phthisiogènes,* tels que M. Jaccoud les a fait connaître en 1882, et que l'observation ultérieure les a vérifiés, est d'occuper la région inférieure de la plèvre dans sa partie antéro-latérale (plus rarement en arrière, comme ici); de siéger du côté gauche (elles sont tout à fait exceptionnelles à droite); de rester généralement sèches, ou de donner lieu à un épanchement d'abondance médiocre, de sorte qu'elles se terminent presque toujours par adhérences; de suivre une marche très favorable en apparence. L'individu guérit rapidement, peut-être avec une certaine diminution des forces : c'est la première étape. Mais, au bout de quelques semaines ou de plusieurs mois, il est de nouveau malade; après un début éclatant ou lent, on trouve au niveau des adhérences pleurales un foyer pneumonique qui, si l'explosion fait défaut, si la marche est insidieuse, ne le force pas à garder le lit. Le foyer tourne rapidement à l'excavation, et aboutit à ce qu'on appelait pneumonie caséeuse, alors que la dualité de la phthisie pulmonaire était encore admise. Parfois on observe, à distance, de petits foyers pneumoniques semblables au premier, lesquels ne modifient guère l'évolution générale de la maladie, qui est arrivée à sa seconde étape, ou étape pneumonique. Enfin, si le malade survit pendant quelques mois, il peut y avoir une troisième étape, représentée par une explosion de granulose pulmonaire plus ou moins généralisée.

Comment concevoir le rapport pathogénique qui existe entre ces pleurésies terminées par adhérences et la formation d'un foyer pneumonique qui est, en somme, tuberculeux? Il s'explique par ce fait que la portion de poumon fixée par les adhérences à la paroi costale a perdu sa faculté d'expansion et prend une part faible ou nulle à la respiration; d'autre part, la circulation du sang se fait mal dans cette région du parenchyme pulmonaire, les vaisseaux sont comprimés par les brides pleuro-costales, les stases sanguines y sont fréquentes; par suite, l'action nutritive y subit une diminution très favorable à la pullulation des bacilles, qui se fixent dans ce territoire du poumon alors que l'examen direct montre que les sommets sont parfaitement indemnes.

Les conclusions pratiques à tirer de ce qui précède sont les suivantes :

L'existence d'une pleurésie diaphragmatique se révèle moins par le point de côté, qui peut manquer, que par les caractères particuliers de la toux, réveillée par la moindre pression sur la base du thorax;

Une pleurésie peut aussi bien mener à la tuberculose pulmonaire, quand elle occupe les parties déclives de la cavité pleurale que quand elle en occupe le sommet, et cela est vrai surtout des pleurésies sèches, terminées par adhérences, qui siègent dans les parties antéro-latérales du côté gauche et qui, plus que toute autre, sont phthisiogènes;

En présence de ces pleurésies, il ne faut pas se laisser détourner d'une thérapeutique active par leur bénignité apparente et par le rétablissement rapide du malade.

Le principal danger pour l'avenir résidant dans les adhérences pleuro-costales, ce sont elles que le traitement doit avoir en vue. Le meilleur moyen, le seul même dont nous puissions disposer pour prévenir leur for-

©BIU Santé

mation, consiste à appliquer sur le côté du thorax, aussitôt que les frottements sont perçus, un énorme vésicatoire de dimensions bien supérieures à celles que sembleraient nécessiter l'étendue et l'intensité du mal. Cette méthode réussit souvent, mais non toujours; si elle a échoué, si les adhérences existent, il faut chercher à les étendre, à les allonger pour diminuer leur influence fâcheuse sur la circulation et la nutrition du poumon. Pour cela, on trouve une précieuse ressource dans l'emploi de l'aérothérapie, dont le procédé le plus usuel consiste à faire respirer de l'air comprimé dans des appareils fixes : on obtient ainsi un accroissement du déplissement des vésicules pulmonaires, une augmentation de l'ampliation du poumon capables de lutter victorieusement contre l'action contraire des adhérences. Mais la condition essentielle de réussite est que ce traitement soit prolongé sans interruption pendant plusieurs semaines : on n'obtient rien en quatre ou cinq séances.

Uu autre procédé consiste dans l'aérothérapie à double effet, dans laquelle le malade inspire dans l'air comprimé et expire dans l'air raréfié. A chaque expiration, le poumon se vide au maximum, ne conserve que l'air strictement résidual, celui dont il ne se débarrasse jamais. On ajoute ainsi les avantages tirés d'une expiration aussi complète que possible à ceux que donne la pénétration de l'air comprimé dans les dernières cellules du poumon. Mais cette méthode, outre qu'elle est fatigante pour le malade, l'expose aux hémoptysies; on ne l'utilisera donc que dans les cas où on ne redoute ni épuisement rapide, ni crachements de sang; dans les autres, on se bornera à l'emploi pur et simple de l'air comprimé, qui le plus souvent suffit à prévenir le développement des bacilles, pourvu que, prévenu de cette éventualité possible, on y remédie en temps utile. — P. D.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DE TRACHÉOTOMIE, par le docteur Paul RENAUT, ancien interne des hôpitaux de Paris, avec une préface du docteur Jules SIMON, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. — G. Steinheil. 1887.

Le médecin qui n'a pas été appelé, dans le cours de ses études, à pratiquer de nombreuses trachéotomies se trouve toujours dans le plus grand embarras lorsqu'il se trouve en présence d'un cas qui nécessite d'une façon urgente cette opération. Aussi les praticiens accueilleront-ils favorablement ce Manuel de trachéotomie qui contient, sur tout ce qui touche de près ou de loin à la question, des données claires et précises, des conseils avant tout pratiques.

L'auteur, qui était un interne des hôpitaux du plus grand avenir, très regretté de tous ceux qui ont été à même d'apprécier l'aménité de son caractère et la valeur de son esprit, s'est attaché surtout à donner pour l'opération elle-même une sorte de code, un ensemble de règles pratiques, tel que la tradition suivie dans les hôpitaux d'enfants et une expérience quotidienne lui ont permis de l'établir. Un premier chapitre est consacré aux indications, à l'époque de l'opération, aux contre-indications.

Après avoir examiné les avantages et les inconvénients des divers procédés mis en œuvre jusqu'à ce jour, opération lente de Trousseau, méthode rapide de M. de Saint-Germain, procédé intermédiaire de Bourdillat, l'auteur passe à la description minutieuse de son procédé, qui se rapproche davantage de celui de Bourdillat, tout en ressemblant un peu au procédé de Saint-Germain.

« Au premier, il emprunte le siège et la marche de l'opération (marche un peu moins mathématique que ne l'a décrite Bourdillat). Il se rapproche du second en lui emprun-

tant le précepte de la fixation du larynx; il s'en écarte par le siège de l'opération (trachéotomie et non crico-trachéotomie), par l'incision en deux ou plusieurs temps par l'absence ordinaire de dilatateur. Il ne s'agit pas là, à proprement parler, d'un procédé nouveau; c'est un assemblage des procédés existants, tel que l'opération en soit rendue plus facile et plus sûre, tout en s'appliquant à tous les cas. »

La description qui suit est un vrai chef-d'œuvre d'exposition.

Les fautes opératoires et leurs conséquences prochaines ou tardives sont également l'objet d'un chapitre intéressant. Telles sont les incisions vicieuses de la peau ou de la trachée, l'introduction de la canule dans le tissu cellulaire, l'issue de la canule après l'opération.

Les soins immédiats sont le complément indispensable d'une trachéotomie bien comprise. « Un chapitre de ce manuel, dit M. J. Simon, dans la préface, mérite une mention particulière, c'est celui consacré aux suites de l'opération; il fourmille de renseignements pratiques que je ne saurais trop recommander. »

MM. les docteurs J. Darier et Carron de la Carrière, anciens collègues d'internat de Paul Renaut, qui se sont chargés, sur la prière de sa famille, de publier le manuscrit laissé par lui, ont écrit un avant-propos où la sobriété n'exclut pas l'émotion.

En faisant cette publication, ils ne se sont pas seulement acquittés d'un pieux devoir envers la mémoire de leur ami, ils ont encore, comme le leur dit, avec l'autorité qui lui appartient, notre maître M. Jules Simon, dans sa lettre-préface, « fait œuvre utile pour le praticien de la ville aussi bien que pour les internes nouveau-venus dans les hôpitaux d'enfants ». — P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 22 février. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Présentation. — Maladie kystique de la mamelle; discussion. — Présentation de malade : luxation du coude en dedans.

M. Chauvel, secrétaire général, présente, de la part de M. le docteur Delore (du Val-de-Grâce), le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Histoire de la chirurgie de guerre*.

— M. Tillaux dépose sur le bureau une observation intitulée : *Ecoulement par le nez de liquide céphalo-rachidien, avec autopsie*.

— M. le docteur Brissaud, médecin des hôpitaux, est admis à faire une communication au sujet de la *maladie kystique de la mamelle*, sur laquelle une discussion a été ouverte dans la dernière séance.

L'auteur a fait l'examen histologique de cinq mamelles atteintes de cette maladie. Dans ces cinq cas, il n'existait pas de tumeur distincte; toutes les parties de la mamelle, du centre à la périphérie, renfermaient des kystes disséminés dont les dimensions variaient depuis le volume d'un petit œuf de poule jusqu'aux dimensions microscopiques de l'acinus glandulaire. On ne constatait rien de particulier, aucune condensation, aucun néoplasme dans le tissu interstitiel, dont l'intégrité était remarquable. On trouvait dans les cavités kystiques, comme dans l'intérieur des acini, des cellules épithéliales diverses représentant toute la série des épithéliums normaux. Il n'existait aucune généralisation ganglionnaire.

M. Brissaud pense que la forme histologique de la « maladie kystique » est semblable à celles que l'on observe dans certaines tumeurs kystiques de l'ovaire, du testicule, etc., et même dans certaines hypertrophies de la membrane muqueuse de l'estomac caractérisées par la transformation kystique des glandes de Lieberkühn. Il s'agirait donc ici d'une maladie bénigne, sans retentissement sur l'organisme, sans généralisation ganglionnaire. Toutefois, M. Brissaud ayant soumis à l'examen de M. Malassez certaines coupes où il semble que l'épithélium se répand en dehors des acini glandulaires, le savant histologiste lui répondit qu'il y avait lieu de « se méfier ».

©BIU Santé

M. Quénu, malgré l'exposition que vient de faire M. Brissaud de ses idées, analogues du reste à celles de M. Reclus, sur la maladie kystique de la mamelle, croit devoir émettre quelques réserves à l'égard de son interprétation.

D'après les examens histologiques qu'il a faits, M. Quénu pense qu'il y a lieu, à l'exemple de MM. Brissaud et Malassez, de rejeter cette affection hors du cadre des fibromes et des adénomes. Tout en considérant comme inattaquable, au point de vue clinique, la description donnée par M. Reclus, M. Quénu est d'avis qu'il ne s'agit ici ni d'une maladie kystique analogue à celle de l'ovaire, du testicule ou de l'estomac, comme le pense M. Brissaud, ni d'un fibrome, comme l'admet M. Trélat, ni d'une mammite interstitielle, comme le croient d'autres auteurs. Il n'est question ni d'un néoplasme, ni d'une tumeur épithéliomateuse, malgré les apparences de bourgeonnement épithélial que l'on observe au microscope. Mais, malgré l'intégrité relative du tissu interstitiel, il se produit dans ce tissu, autour de certains acini, des scléroses partielles, probablement consécutives au processus épithélial; les descriptions histologiques de M. Brissaud en font foi. On peut donc rapprocher cette affection de certaines cirrhoses dont l'évolution débute par l'épithélium, et non par le tissu conjonctif, et que M. Charcot désigne sous le nom de « cirrhoses épithéliales ». En un mot, la maladie kystique de la mamelle serait, d'après M. Quénu, une cirrhose épithéliale mammaire avec kystes multiples.

M. Nélaton a eu l'occasion d'observer une malade présentant les signes cliniques de la malade kystique. Des ponctions successives sur ces nodosités multiples, avec la seringue de Pravaz, donnèrent issue à un liquide séro-lactescent, suivie de l'affaissement complet des deux seins. Mais, au bout d'un certain temps, le liquide séreux se reproduisit ainsi que la fluctuation.

M. Segond croit devoir donner quelques détails sur la malade présentée dans la dernière séance par M. Reclus comme atteinte de maladie kystique de la mamelle. Cette malade, observée par lui en 1886, avait un sein présentant tous les caractères cliniques d'une tumeur adénoïde.

M. Segond pratiqua, en mai 1886, l'ablation partielle du sein malade. En examinant après l'opération les tissus qu'il venait d'enlever, il fut très étonné de voir qu'il n'existait pas de tumeur; la tranche avait les caractères du tissu normal dans lequel auraient été enchâssés de petits grains analogues à des grains de raisin ou de groseilles. La ponction de ces grains amena l'issue d'un liquide séro-lactescent, et il ne resta plus que le tissu entièrement sain de la glande.

M. Reynier a eu l'occasion d'observer, il y a un an, une malade chez laquelle il avait cru reconnaître l'existence de la maladie kystique de la mamelle. Elle présentait les deux caractères donnés par M. Reclus comme étant les signes pathognomoniques de cette affection, à savoir la bilatéralité et la multiplicité. Or, il s'agissait de tumeurs fibreuses multiples. Cela prouve évidemment que l'existence des deux signes en question ne met pas le chirurgien à l'abri d'une erreur de diagnostic.

M. Trélat estime qu'il ne s'agit pas seulement ici d'une question d'histologie; il y a aussi une question de clinique. Or, la clinique montre que, dans les tumeurs du sein, toutes les formes peuvent se juxtaposer, se côtoyer, pour ainsi dire, et rendre parfois le diagnostic précis extrêmement difficile. Ce qu'il importe de retenir de cette discussion, c'est qu'il existe un certain nombre de tumeurs bénignes du sein, de longue durée, sans retentissement ganglionnaire, tumeurs généralement multiples, qui sont ou des fibromes ou des kystomes, et auxquelles il faut se garder de toucher chirurgicalement.

Au début même de sa carrière médicale, M. Trélat a eu l'occasion d'observer une jeune femme qui était venue le trouver dans le but de se faire opérer d'une tumeur du sein caractérisée par l'existence, sur divers points de la glande, de nodosités multiples, de consistance dure. M. Trélat refusa d'accéder au désir de la malade. Elle revint au bout de quelques années et montra à M. Trélat son autre sein dans lequel s'étaient développées des petites tumeurs semblables aux premières. M. Trélat refusa de nouveau d'en pratiquer l'ablation que la malade réclamait. Il l'a revue, il y a trois ou quatre ans,

c'est-à-dire environ vingt-cinq ans après le début de la maladie; les seins étaient restés les mêmes, c'est-à-dire que les tumeurs n'avaient pas fait de nouveaux progrès; la malade avait échappé ainsi aux chances de l'opération.

M. Trélat pense que, dans les cas de maladie kystique, l'abstention deviendra la règle de tous les chirurgiens.

M. Kirmisson dit qu'il faut se garder de confondre la maladie kystique avec les épithéliomes, notamment avec les épithéliomes intra-canaliculaires, dont il a observé récemment un exemple à la Maison de santé.

M. Terrillon a observé deux cas de maladie kystique de la mamelle. Dans l'un, il s'agit d'une femme qui avait les deux mamelles parsemées de petits grains non douloureux à la pression et sans retentissement ganglionnaire dans les aisselles. La malade refusa de se laisser opérer, mais elle consentit à laisser ponctionner les petits kystes. La ponction donna issue à un liquide citrin et fut suivie de l'affaissement du sein. Quelques années plus tard, l'autre sein se prit pareillement. La double tumeur a augmenté, dans ces derniers temps, d'une façon notable, mais sans amener aucun trouble dans l'état général. La malade continue à refuser l'opération.

M. Tillaux n'a pas eu l'occasion de rencontrer la maladie kystique de la mamelle. Sans nier l'existence de cette affection, M. Tillaux pense qu'il existe évidemment une autre maladie du sein qui lui ressemble. Elle se présente sous la forme de noyaux multiples de nature inflammatoire; c'est une mammite chronique, et elle guérit par la compression. Ces noyaux de mammite chronique ont pour caractère de changer de place, de se montrer tantôt sur un point, tantôt sur un autre; cette mobilité serait, suivant M. Tillaux, le caractère de l'inflammation chronique du sein.

M. Terrier a observé un cas de maladie kystique de la mamelle occupant les deux seins. Les tumeurs disséminées dans l'étendue de l'organe avaient pris, au bout d'un certain temps, un volume considérable. Au point de vue du pronostic, M. Terrier se déclare disposé à prendre en grande considération le conseil donné par M. Malassez à M. Brissaud : « Méfiez-vous! »

— M. Després présente un individu qu'il considère comme étant atteint de luxation du coude en dedans. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 24 février 1888.

Sommaire : *Acide borique et biborate de soude dans les maladies des voies urinaires. — Théories hématique et rénale de l'hémoglobinurie. — Epilepsie réflexe et trépanation. — Un cas de maladie de Friedreich (ataxie héréditaire). — Origine bulbaire du goitre exophthalmique.*

A la suite d'une nouvelle lettre de M. Terrier, relative à l'emploi de l'acide borique dans les maladies des voies urinaires, M. Gaucher exprime le regret que M. Terrier n'ait pas attendu la publication du compte rendu officiel avant de l'accuser de lui avoir prêté une opinion absolument fausse, à savoir que l'acide borique ne servait à rien. M. Gaucher a dit simplement que M. Terrier revendiquait la priorité d'un traitement qu'il avait abandonné, sans doute parce qu'il ne le jugeait pas bon.

M. Gaucher lit ensuite une lettre de M. Bazy, chirurgien des hôpitaux, ancien élève de M. Guyon, lettre d'où il résulte : 1° que la priorité de l'emploi de l'acide borique à l'intérieur, dans le traitement de la cystite, appartient à M. Guyon, qui s'en servait dès 1879; — 2° que le biborate de soude employé par M. Terrier, et par d'autres, loin d'être inoffensif à de fortes doses, cause au contraire des accidents qui ont obligé plusieurs chirurgiens à renoncer à son emploi.

— M. Lépine (de Lyon) adresse une lettre dans laquelle il critique plusieurs des assertions de M. Hayem et de M. Robin relativement à la cause de l'hémoglobinurie que

©BIU Santé

ces observateurs considèrent comme le résultat d'un processus rénal, tandis que M. Lépine, conformément à l'opinion de Erhlich, de Küssner, regarde l'hémoglobinurie comme la conséquence d'un processus hématique, d'une hémoglobinémie préalable.

M. Hayem rappelle qu'on a proposé trois hypothèses pour expliquer l'hémoglobinurie :

Ou bien l'hémoglobinurie est le résultat d'une hématurie, par suite de la dissolution de l'hémoglobine des globules sanguins dans une urine ayant des caractères spéciaux; cette théorie n'est plus soutenue par personne; si elle était vraie, on retrouverait dans l'urine les stromas des globules ayant perdu leur hémoglobine, tandis qu'on n'en trouve aucun, l'hémoglobine est intimement dissoute dans l'urine.

La seconde théorie suppose que la dissolution de l'hémoglobine des globules s'opère dans le sang et que l'hémoglobinurie est toujours précédée d'hémoglobinémie (processus hématique).

L'observation publiée par M. Hayem dans la précédente séance (hémoglobinurie dans le cours d'un rhumatisme) est un exemple de la troisième théorie, celle du processus rénal; la dissolution de l'hémoglobine s'accomplissant dans l'intimité du rein, il n'y avait pas d'hémoglobinémie chez la malade de M. Hayem au moment où se produisait l'hémoglobinurie. C'est la première fois que le fait est démontré.

Sans doute l'hémoglobinémie est un fait qu'on rencontre quelquefois dans certaines septicémies (sérum laqué). C'est le sang dissous des anciens pathologistes, mais alors les malades ne pissent pas de sang. Dans des intoxications produisant une destruction massive des globules rouges (par des substances de la série aromatique, notamment, ou par le chlorate de potasse) on peut constater la méthémoglobinurie, l'ictère, etc. Alors il y a des décharges d'hémoglobine par les urines.

Mais, dans les cas d'hémoglobinurie dite paroxystique, l'hémoglobinémie a été invoquée d'une façon purement hypothétique. Chez le premier malade observé, celui de Mesnet (1881), il n'existait pas d'hémoglobinémie. En 1883, chez un malade de Dujardin-Beaumetz, pas davantage d'hémoglobinémie pendant les accès. M. Lépine rappelle des faits de Erhlich et de Küssner où le sérum sanguin était rouge; mais la méthode de recherche employée par eux est passible de critiques sérieuses, mieux vaudrait que M. Lépine apportât une observation nouvelle et personnelle.

M. Hayem connaît un médecin atteint d'hémoglobinurie paroxystique; sous l'influence d'un froid même minime, dans un pays chaud, il éprouve chaque jour de l'horripilation, du refroidissement, ses urines deviennent aussitôt noires; s'il se réchauffe, une heure après l'urine redevient normale. La congestion rénale d'origine nerveuse peut seule expliquer la rapidité de ce processus. D'ailleurs, expérimentalement, il faut une température de + 2° au-dessus de 0 pour amener la destruction des globules rouges dans le sang; un pareil refroidissement n'existe jamais chez l'homme.

M. Hayem ajoute que presque tous les hémoglobinuriques sont des syphilitiques ou des malariens; M. Henrot a vu un cas où le malade est devenu albuminurique, et il a trouvé, à l'autopsie, une néphrite syphilitique.

M. Robin : A côté de l'hémoglobinurie paroxystique essentielle, il y en a une autre qui n'est pas paroxystique, qui survient dans le cours d'autres maladies, et qui fait place au bout de quelque temps à une congestion rénale, voilà tout ce que j'ai dit dans la précédente séance et M. Lépine m'en fait dire à tort davantage.

— M. Féré présente un malade qui, cinq ou six mois après un traumatisme du vertex, a eu une première attaque d'épilepsie. Depuis lors, les accès sont revenus fréquemment avec vertiges dans l'intervalle, deux à quatre fois par mois. Au niveau de la cicatrice existait une douleur extrêmement vive, dont la provocation était suivie d'une attaque. Toute la cicatrice était en avant des zones psycho-motrices, et les caractères de l'attaque n'étaient pas ceux de l'épilepsie partielle. Les muscles homologues des deux côtés du corps répondaient d'une façon synchrone aux excitations de la cicatrice. M. Reclus a fait, à la fin de novembre, une trépanation qui a permis de constater un enfoncement de la table interne. Pas une seule manifestation épileptique depuis lors, malgré quelques excès bachiques.

M. Joffroy connaît une malade ayant des accès d'épilepsie qui s'était fait, disait-elle, une plaie au front pendant une attaque. En réalité, la cicatrice était, comme l'a appris M. Joffroy, le résultat d'un coup de revolver, et M. Joffroy est décidé à faire intervenir le chirurgien si les informations ultérieures confirment l'antériorité de la plaie par rapport aux attaques épileptiques qui ont le caractère du petit mal.

— M. Joffroy présente un cas de maladie de Friedreich. On n'en connaît en France que de rares observations de Car (thèse sur l'*ataxie*, 1862), de Brousse, avec autopsie; de Teissier (Société médicale de Lyon); de Charcot, en 1884 et 1886; de Blocq (*Archives de neurologie*, 1886).

Dans le service de M. Charcot se trouvent encore deux malades, sans compter celui de M. Joffroy.

En 1885, le frère, âgé de 26 ans et bien portant, présentait le malade. Aucun antécédent héréditaire, sauf une tante atteinte d'hystérie ou d'épilepsie.

Cinq enfants vivants : l'aîné, bien portant; le second, une fille, à 12 ans, commença à tituber, au point de faire croire à l'ivresse; à 16 ans, impossibilité de marcher, avec incoordination des membres supérieurs, et courbure du dos, inclinaison en avant; mort l'an dernier de tuberculose pulmonaire.

Troisième enfant, scarlatine en bas âge, suivie d'atrophie d'une cuisse (coxalgie ou paralysie infantile?). Quatrième enfant, bien portant.

Le malade est le cinquième; il eut une scarlatine en bas âge, ne marcha qu'à 4 ans. A 10 ans, premiers troubles de la marche, écarts en marchant. A 15 ans, marche ébrieuse; facies modifié, parole lente et traînante, déformation rachidienne.

Etat actuel : aucune aggravation depuis deux ans et même quelques améliorations.

Marche incoordonnée, ébrieuse, chute quelquefois.

Augmentation par l'occlusion des yeux, et à la tombée de la nuit.

Talonnement, ce qui est le premier degré.

Au repos, on voit une tendance au pied varus, avec tendance à la rétraction des orteils en extension.

Pas de troubles de la sensibilité des membres inférieurs.

Réflexe plantaire très marqué. Réflexes tendineux abolis aux membres supérieurs. Un peu d'incoordination.

Ecriture modifiée depuis l'âge de 15 ans : fatigue à écrire, caractères assez réguliers.

Au tronc, déformation du rachis, inclinaison en avant et scoliose droite assez marquée; détachement de la pointe de l'omoplate et chûte de l'épaule en avant, avec faiblesse du bras droit (ces derniers phénomènes ont disparu depuis deux ans).

Un certain degré d'atrophie des deltoïdes, pectoraux, trapèze, biceps et triceps de ce côté, avec diminution de la contractilité électrique, sans perversion dégénérative.

Aspect de la face hébété depuis l'âge de 14 ans, paupières tombantes à moitié, lèvre inférieure renversée, lenteur des mouvements des muscles frontaux, difficulté à maintenir les paupières fermées.

Parole lente et traînante, paresse des muscles de la langue, surtout pour l'élévation et l'incurvation à concavité supérieure. Pas de tremblement de la tête. Affaiblissement myopique de la vue. Il y a eu une diplopie fréquente, mais passagère, quelques vertiges suivis de chute. Jamais d'attaques apoplectiformes ni épileptiformes.

Diminution de l'ouïe. Pas de troubles de l'odorat, ni du cœur, ni de la respiration; pas de troubles intellectuels, sinon une amnésie progressive.

Pas d'atrophie musculaire des membres.

C'est bien un cas de maladie de Friedreich intermédiaire à l'ataxie locomotrice et à la sclérose en plaques. C'est une maladie systématique, comme la première, mais qui prend surtout le cordon de Goll dans les cordons postérieurs et la partie antérieure des cordons latéraux.

La diplopie est signalée pour la première fois dans la maladie de Friedreich, ainsi que la surdité.

La parésie de certains muscles de la face (releveur de la langue, orbiculaires des paupières et frontaux), qui rappelle en partie le facies myopathique, est aussi mention-

©BIU Santé

née pour la première fois. Est-ce par complication d'atrophie juvénile de Erb? Non, mais simple parésie, comme celle des membres. Enfin, la déviation du pied a quelque analogie avec celle que M. Joffroy a signalée chez les ataxiques confinés au lit; mais ici elle est survenue chez un malade qui marche encore.

M. Joffroy rappelle en outre que la coexistence fréquente de la névrite périphérique avec la tuberculose a été signalée par lui pour la première fois et confirmée par les observateurs ultérieurs. Or, trois personnes sont mortes de tuberculose dans la famille du malade présenté aujourd'hui.

— M. Ballet présente un homme atteint d'un goître exophthalmique et d'hystérie, déjà présenté l'année dernière par M. Debove. En effet, cet homme a de la tachychardie, du tremblement, un goître et de l'exophthalmie. Il était l'an dernier atteint d'anesthésie générale, aujourd'hui il est hémi-anesthésique.

En outre, il présente comme signes d'hystérie, la diplopie monoculaire, la chute par l'occlusion des yeux résultant de la perte du sens musculaire des muscles nécessaires à la station (*astasie*, décrite par Blocq chez les hystériques).

Mais le point intéressant chez ce malade est l'existence de signes incontestables de paralysie bulbaire. Le malade ne peut exécuter aucun mouvement des yeux (paralysie incomplète, mais évidente des muscles extrinsèques, IIIe, IVe et VIe paires, ophthalmoplégie externe des oculistes). Il y a conservation du réflexe irien aux excitations lumineuses; les réflexes d'accommodation ne sont peut-être pas intacts.

M. Ballet signale encore chez son malade le facies immobile, sans expression, par diplégie faciale ou double parésie; le malade rend de temps en temps les boissons par le nez et ne peut souffler une bougie (VIIe paire). Il ne resterait que l'hypoglosse et la branche motrice du trijumeau, parmi les nerfs bulbaires, qui ne soient pas paralysés. Autre signe bulbaire, il existe une polyurie ancienne (5 à 6 litres par jour).

M. Féréol avait signalé, il y a quelques années, un malade atteint de goître exophthalmique qui présentait de la paralysie de la IVe paire, avec hémi-anesthésie et hémiatrophie. C'était un hystérique. M. Potain a observé une double paralysie faciale (cas cité par M. Rendu, *Dict. encycl.*). M. Warner a cité un cas d'ophthalmoplégie externe. M. Jendrassik, un cas d'ophthalmoplégie interne, avec paralysie du facial, de la branche motrice de la Ve paire et de l'hypoglosse.

M. Ballet termine sa communication, en rappelant que parmi les théories pathogéniques auxquelles a donné lieu la maladie de Basedow, celle qui invoquait l'irritation ou la paralysie du sympathique est abandonnée; celle du pneumogastrique (G. Sée, Handfield Jones), critiquable en tant que théorie exclusive, explique les palpitations, mais non l'ensemble du syndrôme. En revanche, la théorie bulbaire adoptée M. Panas, déjà émise par Sattler, se trouve singulièrement fortifiée par un fait comme celui que M. Ballet vient de communiquer, où on voit presque tous les nerfs bulbaires paralysés; en faveur de cette théorie, militent aussi les cas nombreux dans lesquels on a trouvé de la polyurie, de la glycosurie, de l'albuminurie.

M. Dumontpallier demande quel est le rapport entre l'hystérie et le goître exophthalmique chez ce malade.

M. Ballet : L'apparition des symptômes hystériques et du syndrôme de Basedow s'est effectuée en même temps à la suite d'une chute dans l'eau.

M. Dumontpallier rappelle qu'il a publié il y a déjà longtemps, à la Société de biologie, l'observation d'une jeune glycosurique et polyurique, avec goître exophthalmique survenu presque brusquement à la suite d'impression de froid pendant ses règles.

P. L. G.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 22 février 1888, les élections pour le renouvellement du conseil supérieur de l'instruction publique sont fixées au samedi 21 avril 1888.

L'examen des opérations électorales et le dépouillement des votes auront lieu au ministère de l'instruction publique, le vendredi 27 avril. Si un second tour de scrutin est nécessaire, il y sera procédé le samedi 5 mai.

Concours du Bureau central. — Le Conseil de surveillance de l'assistance publique vient de terminer, après cinq séances, la discussion des conclusions de la commission relative aux modifications à apporter dans le concours du bureau central. Voici les modifications apportées à ces conclusions par le conseil :

La limite d'âge n'a pas été admise.

Les deux années de doctorat exigées des anciens internes n'ont pas été adoptées. Bien plus, comme le concours aura lieu tous les ans en mars, et que l'internat se termine en février, le conseil a pensé que nombre de concurrents ne pourraient passer leur thèse à temps pour concourir l'année qui suivra leur sortie de l'internat. En conséquence, les internes de quatrième année, seront autorisés à passer leur thèse pendant les deux derniers mois d'internat, sans quitter leurs services.

L'interne médaille d'or n'aura plus aucun privilège, en ce qui concerne les années de doctorat exigées des candidats.

Enfin, dernière modification : actuellement, lorsque le concours est de trois places, le nombre des juges est porté de 7 à 9. Dorénavant, il sera de 7 dans tous les cas.

Pour être définitives, ces modifications doivent être approuvées par le préfet de la Seine.

Aux termes du règlement sur le service de santé les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires, et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

A la suite du dernier concours, plusieurs externes de troisième année classés au nombre des internes provisoires avaient négligé de se présenter au concours de l'externat et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires.

L'administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires ci-dessus rappelées étaient généralement mal connues, a bien voulu, à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée et désormais les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

(*Bull. méd.*)

Congrès français de chirurgie (3e session du 12 au 17 mars 1888). — Communications annoncées (1re liste).

Questions mises à l'ordre du jour :

1° De la conduite à tenir dans les blessures par coup de feu des cavités viscérales, (exploration, extraction, opérations diverses) : M. le professeur Trélat, MM. les docteurs Chauvel, Reclus, Delorme (de Paris), Vaslin (d'Angers).

2° De la valeur de la cure radicale des hernies au point de vue de la guérison définitive : M. le professeur Trélat, MM. les docteurs Segond, Richelot, Schwartz (de Paris), Thiriar (de Bruxelles), Doyen (de Reims), Bœckel (de Strasbourg), Mollière (de Lyon), Socin (de Bâle), Le Diberder (de Lorient).

3° Des suppurations chroniques de la plèvre et de leur traitement (opérations de Létiévant et d'Estlander), indications, contre-indications et résultats définitifs : M. Le professeur Ollier (de Lyon), MM. les docteurs Thiriar (de Bruxelles), Reverdin (de Genève), J. Bœckel (de Strasbourg), Kirmisson (de Paris), Vaslin (d'Angers), Doyen (de Reims), Delorme (du Val-de-Grâce).

4° De la récidive des néoplasmes opérés, recherche des causes de la prophylaxie : M. le professeur Verneuil (de Paris), MM. les docteurs Bœckel (de Strasbourg), Poncet (de Lyon), Doyen (de Reims), Bazy (de Paris), Cazin (de Berck-sur-Mer).

Questions diverses.

M. le professeur Ollier (de Lyon) : Du traitement de l'ankylose du poignet par la résection et du rétablissement d'une articulation mobile après cette opération.

©BIU Santé

M. le professeur Lannelongue (de Paris) : Kystes dermoïdes de la région fontanellaire antérieure.

M. le docteur Terrillon (de Paris) : Quinze hystérectomies abdominales pour fibromes volumineux. — Réflexions à propos de 60 cas de fibromes utérins.

M. le docteur Segond (de Paris) : Du traitement chirurgical des kystes du foie.

M. le docteur Galezowsky (de Paris) : Des mélano-sarcômes oculaires et de leur récidive après les opérations.

M. le docteur Vincent (de Lyon), Sur la cholécystotomie chez les enfants.

M. le docteur Javal (de Paris) : Sur le traitement du strabisme.

M. le docteur Accolas (de Rennes) : Observations d'abcès du foie traité par la méthode de Little.

M. le docteur Thiriar (de Bruxelles) : De la cholécystotomie.

M. le docteur Cerné (de Rouen) : Du diabète phosphatique. — Son influence dans la production des lésions chirurgicales analogues à celles du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave.

M. le docteur Doyen (de Reims) : Etiologie des septicémies et de la valeur réelle des antiseptiques au point de vue chirurgical.

M. le docteur de Backer (de Roubaix) : De l'antisepsie et de l'asepsie au moment de l'opération.

M. le docteur Jeannel (de Toulouse) : De l'ostéotomie longitudinale.

M. le docteur Fontan (de Toulon), résection temporaire du maxillaire supérieur comme opération préliminaire pour l'ablation des polypes naso-pharyngiens.

M. le docteur Richelot (de Paris) : Récidives des cancers utérins après l'hystérectomie vaginale.

M. le docteur Monod (de Paris) : Remarques sur les lymphangiomes. — Du lymphangiome circonscrit. — Note sur les lésions anatomiques dans les panaris analgésiques. — Sur un cas de greffe tendineuse.

M. le docteur Poncet (de Lyon) : De la résection de l'urèthre dans certaines formes de rétrécissement.

M. le docteur Vaslin (d'Angers) : Traitement chirurgical des différentes espèces de pied bot. — Indication de l'ablation des tumeurs ganglionnaires volumineuses du cou et de l'aisselle, technique opératoire.

M. le docteur Berthomier (de Moulins) : Traitement des fractures du coude chez les enfants et les adultes par l'immobilisation en extension et supination.

M. le docteur Tillaux (de Paris) : Traitement des pseudarthroses. — De la pharyngotomie inférieure. — De la suture des nerfs.

M. le docteur Kirmisson (de Paris) : Résection du squelette pour remédier à des pertes de substances des parties molles.

M. le docteur Schwartz (de Paris) : Du traitement des tumeurs érectiles par l'électricité.

M. le docteur Picqué (de Paris) : Anévrysme volumineux de l'artère fémorale au pli de l'aine. — Ligature de l'artère iliaque externe. — Guérison.

M. le docteur Redard (de Paris) : Technique des corsets orthopédiques. — Fracture ancienne au tiers inférieur de la jambe gauche chez une femme de 75 ans. — Cal vicieux, résection. — Guérison.

M. le docteur Bazy (de Paris) : Deux cas rares de corps étrangers 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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte, gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Le stypage. — II. F. Terrier : Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. — Ovariotomie. — Ictère fébrile. — Congestion pulmonaire à droite. — Guérison. — III. Correspondance. — IV. Bibliothèque : Nos grandes écoles militaires et civiles. — Conférences thérapeutiques et cliniques sur les maladies des enfants. — V. Revue des journaux : Cause peu commune d'hémorrhagie uréthrale. — Contribution à l'étude des corps étrangers, des organes génitaux de la femme. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Nouvelles de l'étranger. — IX. Courrier. — X. Analyse du Lait d'Arcy.

Le stypage.

Les pulvérisations révulsives de chlorure de méthyle, dont l'emploi a été vulgarisé par les travaux de MM. Debove et Tennesson, ne sont pas sans offrir certains inconvénients. Si le médecin n'a pas une connaissance parfaite du manuel opératoire, s'il dépasse, même légèrement, le degré de réfrigération de la peau auquel on doit s'arrêter, il peut se produire un certain nombre d'accidents dont les principaux sont la vésication et même l'escharification.

Frappé à la fois des avantages et des inconvénients de l'emploi du liquide réfrigérant, M. le docteur Ch. Bailly (de Chambly, Oise), a essayé d'éviter les derniers par l'utilisation médiate du froid produit par l'évaporation du chlorure; son procédé, qu'il a désigné sous le nom de stypage, a été publié par lui dans la *Gazette hebdomadaire* et a fait l'objet, à l'Académie, d'un savant rapport de M. Vidal, suivi d'une intéressante discussion. C'est d'après ces documents que nous allons exposer rapidement la pratique du stypage.

On confectionne un tampon à l'aide d'ouate sèche, non hydrophile, que l'on place au centre et de bourre de soie que l'on met à la périphérie. Pour transformer ce tampon en agent réfrigérant, on l'arrose de chlorure ou mieux on le trempe dans le liquide; il est en effet facile de conserver ce dernier pendant près de trois heures en le renfermant dans un récipient spécial que l'on peut appeler thermo-isolateur. Imbibé, le tampon est tenu au bout d'une pince faite d'une substance peu conductrice, telle que le caoutchouc vulcanisé ou l'ébonite: cet ensemble forme ce que M. Bailly a appelé le *stype*.

Habituellement, le tampon, pendant un temps qui varie entre quinze et quarante-cinq minutes, conserve une température oscillant entre 23 et 55 degrés au dessous de zéro et le réchauffement se fait fort lentement.

Laissons maintenant M. Bailly exposer lui-même les effets produits sur la peau par l'application du stype. Si l'on suspend l'application après une ou deux secondes, le sujet n'a éprouvé qu'une sensation de froid. Il se produit ensuite une légère réaction: il y a stimulation locale; si l'on insiste davantage, la sensibilité s'émousse, la partie touchée prend une teinte pâle cadavérique. La réaction est alors plus vive: il se produit une congestion de retour, accompagnée d'une légère démangeaison.

La tache blanche est le signe de l'anesthésie commençante. En maintenant encore l'application, on obtient une anesthésie complète, plus durable.

©BIU Santé

La réaction consécutive est alors plus violente, et s'accompagne d'une sensation de brûlure qui s'exagère par la pression; on ne tarde pas à observer un soulèvement de l'épiderme sous forme de petites vésicules blanchâtres. Ultérieurement l'épiderme est altéré dans sa coloration; il prend une teinte brunâtre qui peut persister depuis quelques heures jusqu'à quelques semaines. C'est là le terme extrême qu'on ne peut point dépasser, sous peine de produire une véritable vésication. Au delà encore, on déterminerait une mortification du tissu. »

Tel que M. Bailly l'a fait connaître, le stypage est, comme l'a fait remarquer M. Bouchard, un perfectionnement du procédé d'anesthésie locale de M. Debove; il permet de mesurer l'intensité, la durée et l'étendue de la réfrigération, ce qui constitue un progrès des plus importants.

Les applications du stypage sont nombreuses et nous allons les énumérer brièvement, car un grand nombre d'entre elles rentrent dans le domaine de la pulvérisation méthylée ordinaire.

On peut d'abord l'utiliser comme anesthésique, dans l'emploi du thermocautère pour l'ouverture de phlegmons ou d'abcès froids, avant celui du bistouri pour l'incision d'abcès ou de panaris et pour de petites opérations. Depuis déjà longtemps, M. Bailly anesthésiait par le chlorure de méthyle les régions sur lesquelles il voulait pratiquer la cautérisation ponctuée: le stypage a rendu cette petite opération encore plus facile. Du reste, le procédé agit aussi comme révulsif et il est arrivé souvent à M. Bouchard de ne pas appliquer les pointes de feu après avoir obtenu l'anesthésie, parce qu'il jugeait la révulsion suffisante.

De même qu'à la suite de l'anesthésie locale par l'éther on observe, après l'emploi chirurgical du stypage, une perte de sang assez active au moment de la réaction congestive, mais elle n'est pas plus abondante qu'avec le premier agent. Pendant une opération, ou si l'on veut agir sur une surface ulcérée, il suffit d'interposer une feuille de baudruche entre la plaie et le tampon pour que ce dernier puisse agir. Très rarement, il peut s'enflammer pendant une cautérisation; il n'y a alors qu'à souffler dessus pour l'éteindre.

Les applications médicales sont très étendues. En premier lieu le symptôme douleur disparaît instantanément; quelquefois la souffrance revient après un certain temps et peut même être plus intense; un nouveau stypage la chasse et en a raison. Souvent la première application suffit.

M. Bailly cite parmi ses succès vingt-six cas de névralgie dentaire calmés en passant le stype sur la joue au niveau des dents malades ou au point d'émergence des nerfs, neuf cas de névralgie faciale, huit cas de sciatique (il a eu deux échecs), neuf névralgies intercostales, etc. A propos de la névralgie intercostale, il faut faire remarquer que, dans trois faits, il s'agissait de zonas que quatre stypages purent faire disparaître.

Dans la migaine, il faut pratiquer l'opération successivement au creux épigastrique, sur la nuque et sur le crâne; les échecs, M. Bailly s'empresse de le dire, sont assez fréquents.

Le rhumatisme musculaire est presque toujours rapidement guéri. Bornons-nous à mentionner les succès obtenus dans la pleurodynie, le lumbago, le torticolis, etc. Citons encore les bons effets observés dans six gastralgies, deux coliques hépatiques, un tétanos spontané.

Une des particularités les plus remarquables du stypage est qu'on peut l'employer sur les muqueuses en interposant un morceau de baudruche

entre le tampon réfrigérant et le tissu vivant. C'est ainsi que M. Besnier a pu se servir du nouveau procédé d'anesthésie locale à la face et aux organes génitaux, où les pulvérisations sont impossibles.

Depuis la publication du rapport de M. Vidal, M. Galippe a fait remarquer, à la Société de biologie, que depuis longtemps il employait comme agent réfrigérant local un mélange de chlorure de méthyle et d'éther, dont la température descend à — 40 ou — 45, le réchauffement à 0° nécessitant deux heures et demie. Le mélange peut être appliqué à l'aide d'un tampon d'ouate, d'un pinceau ou d'un compte-gouttes et est excellent quand il s'agit d'opérations pratiquées sur la bouche et les dents. Lorsqu'on opère sur des muqueuses, il faut avoir soin de les essuyer pour empêcher l'adhérence des tampons. On peut aussi se servir de ce procédé de réfrigération pour toutes les opérations généralement quelconques.

Quand il s'agira de l'ablation d'une dent, on pourra agir de la manière suivante : le tampon sera appliqué alternativement en avant et en arrière de la dent jusqu'à ce que la muqueuse buccale reste blanche, ce qui demande deux à cinq minutes. Alors, l'extraction peut se faire sans douleur. Quelquefois, il y a une mortification superficielle de la gencive. L'afflux de la salive cause d'assez grandes difficultés lorsqu'il faut enlever les grosses molaires inférieures. Quand il y a périostite aiguë, l'application, au début, est souvent fort douloureuse.

M. Galippe insiste sur ce fait, que la réfrigération peut arrêter les hémorrhagies après l'opération.

Disons, en terminant, que M. Magitot, après la communication de M. Galippe, a fait remarquer que les applications pouvaient peut-être produire sur les dents voisines des effets de refroidissement très douloureux par eux-mêmes et qui peuvent entraîner des pulpites avec étranglement, comme on en a signalé dans l'emploi des pulvérisations d'éther. — P. C.

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

Kyste multiloculaire de l'ovaire droit. — Ovariotomie. — Ictère fébrile. Congestion pulmonaire à droite. — Guérison.

(Observation rédigée sur les notes de M. Montprofit, interne du service.)

Mme O..., née Céline L'homme, demeurant à Danisy, près La Fère (Aisne), entre à l'hôpital Bichat, salle Chassaignac, n° 4, le 31 octobre 1884, pour y être soignée d'une tumeur du ventre. Agée de 52 ans, Mme O... fut réglée pour la première fois à 18 ans; elle s'est mariée à 20 ans et a eu deux accouchements normaux, l'un à 22, l'autre à 24 ans. La menstruation a toujours été régulière. Jamais cette femme n'a été malade.

Au mois de juillet 1884, Mme O... a commencé à souffrir dans le côté gauche de l'abdomen, et en même temps le ventre a rapidement augmenté de volume. La malade a vite perdu l'appétit, elle a maigri, les forces ont diminué. Au bout de trois mois, à la fin du mois de septembre, le ventre avait atteint le volume qu'il nous présente actuellement; il a peu augmenté depuis.

Le 15 septembre s'est manifesté une douleur dans la jambe droite, avec œdème jusqu'au niveau du genou. Au bout de cinq jours, œdème et douleur disparaissaient complètement. Les dernières règles ont paru à la fin du mois d'août, elles n'ont pas reparu depuis; avant cette époque, la menstruation n'avait jamais présenté aucun trouble.

Le ventre est développé assez également, surtout au-dessous de l'ombilic; pas de veines anormales sous-cutanées; quelques vergetures.

©BIU Santé

A la palpation, on trouve une poche fluctuante, assez tendue, et mobile latéralement. Il n'y a pas d'ascite. Pas d'œdème des jambes. Au toucher, le col est aplati, peu volumineux, et l'utérus, porté en avant et à droite, paraît indépendant de la tumeur.

Dimensions de l'abdomen : circonférence ombilicale, 86 centimètres; distance de l'ombilic à l'appendice xyphoïde, 14; de l'ombilic au pubis, 16; de l'ombilic à l'épine iliaque droite, 19; de l'ombilic à l'épine iliaque gauche, 20.

Le 4 novembre. — La malade est prise de fièvre, avec douleur très vive dans le côté gauche de l'abdomen; pas de vomissements; un peu de constipation. A la palpation, frottements péritonéaux; la péritonite est localisée dans le flanc gauche.

Le 12. — Ponction : quatre litres de liquide verdâtre sont retirés; à la suite, diminution très rapide de la douleur. Pas de changement dans la sécrétion urinaire.

Le 14. — Douleur dans le membre inférieur droit, sur le trajet des vaisseaux, et cordon dur répondant à la veine fémorale. Œdème de tout le membre. Un peu de fièvre. *Phlegmatia alba dolens.*

Après quelque temps de repos au lit, les douleurs disparaissent, l'œdème s'atténue et la malade peut se lever.

L'abdomen est revenu peu à peu à son volume primitif.

Opération le 23 décembre 1884 avec l'aide de MM. Périer et P. Berger. M. Montprofit fait la chloroformisation. Peu d'agitation, un peu de loquacité. La malade est transportée sur le lit d'opération, avant la résolution complète, ayant encore le réflexe cornéen intégralement, ainsi que les contractions de l'orbiculaire.

La malade fait des efforts continuels; elle porte un goître qui, très peu apparent à l'état normal, se gonfle sous l'influence des efforts qu'elle fait (lobe médian et lobe droit). Cette particularité impose quelque prudence dans l'administration du chloroforme. Malgré cela, la respiration fut toujours régulière.

Le réflexe cornéen a disparu complètement, à deux ou trois reprises, sous l'influence d'inhalations chloroformiques un peu plus fortes pour neutraliser les efforts que fait constamment la malade.

L'incision sous-ombilicale est rapidement faite jusqu'au péritoine, qu'on ouvre avec des ciseaux. Le kyste, ponctionné, donne un litre de liquide rouge et visqueux, des adhérences épiploïques sont liées avec le catgut. Le pédicule à droite est large et lié avec deux fils en X. Le deuxième ovaire est sain, mais adhérent. Toilette péritonéale et suture avec six points profonds et deux superficiels. Lister complet. Vingt-cinq minutes de durée.

La *tumeur* enlevée pesait 430 grammes. Elle était formée d'une masse polykystique dont la plus grande partie était constituée par une grande poche à parois épaisses et résistantes, non cloisonnée et contenant un litre de liquide brunâtre. Sur la paroi interne de la poche principale se trouve une autre masse kystique du volume d'une orange, sessile et composée de plusieurs loges à contenu gélatiniforme. A côté se trouve une autre saillie aplatie, grosse comme une noix, à parois très épaisses et cloisonnée, à contenu visqueux et blanchâtre.

Le 23. — Dans la journée, pas de vomissements, coliques légères; à quatre heures du soir, la malade *est prise d'un point de côté très douloureux dans l'hypochondre droit.* On fait sur ce point une injection de morphine qui calme la douleur; la malade se couche un peu sur ce côté. Temp., soir, 39°; pouls 130; resp. 57. Pas de nausées ni de vomissements; glace et champagne; 900 grammes d'urine.

Le 24. — Nuit avec sommeil. Temp., matin, 38°6; pouls 102; resp. 35. On fait une injection de morphine le matin (1/4 de centigr. de chlorhydrate). Pas de nausées, pas de coliques; soif assez vive. Glace et champagne. Dans la journée, quelques nausées sans vomissements; pas de douleurs. La malade urine. Temp., soir, 38°8; pouls 120; resp. 38.

Le 25 décembre. — Dans la nuit, sommeil et émission de gaz par l'anus. Un litre d'urine en vingt-quatre heures. Temp., matin, 37°8; pouls 104; resp. 30.

Dans la journée, gaz et urine. Le lait est vomi, on revient au champagne et à la glace. Temp., soir, 38°2; pouls 114; resp. 32. Une piqûre de morphine le soir.

Le 26. — Nuit calme. Sommeil. Un litre d'urine en vingt-quatre heures. Temp., matin, 37°6; pouls 100; resp. 27. On revient au lait additionné d'eau de Vichy. Pas de vomissements et pas de douleurs de ventre. Gaz et urine.

La malade prend deux litres de lait dans la journée. On cesse la morphine. Temp., soir, 38°; pouls 104; resp. 29.

Le 27. — Temp., matin, 37°8; p. 96; resp. 26. *Premier pansement*; pas de gonflement ni de suppuration au niveau de la suture. Un peu d'érythème phéniqué. Ablation de deux fils superficiels et de deux fils profonds.

Dans la journée, la malade éprouve des coliques assez fortes et vomit le lait à plusieurs reprises. On donne un lavement qui provoque quatre ou cinq selles abondantes. Temp., soir, 39°6; p. 126; resp. 38. Injection de morphine le soir.

Le 28. — Dans la nuit, pas de vomissements; toujours un peu de douleurs dans le ventre. *Deuxième pansement :* érythème phéniqué léger; ventre un peu ballonné et douloureux. Sutures non gonflées. On enlève les trois derniers fils profonds. Temp., matin, 39°; pouls 108; resp. 33.

Quelques vomissements dans la journée. La malade est un peu fatiguée. Un peu d'ictère. Temp., soir, 40°.

Le 29. — Facies fatigué; traits tirés. Coloration ictérique très prononcée. Les douleurs abdominales ont complètement disparu. Temp., matin, 39°6. *Troisième pansement :* le ventre est moins ballonné et moins douloureux. Suture toujours sèche. Les urines sont foncées, ictériques. Temp., soir, 40°.

Le 30. — Temp., matin, 39°. Moins de douleurs. Coloration ictérique très prononcée. Un litre et demi d'urine foncée. Temp., soir, 39°4. Un lavement provoque plusieurs selles. On donne 0,50 centig. de sulfate de quinine.

1er janvier 1885. — Matin, 39°2; soir, 39°6. Eschare sacrée, large comme la paume de la main.

Le 2. — Un peu d'oppression. Temp. 39°4. A l'auscultation de la poitrine, on entend un souffle doux dans la moitié inférieure du poumon droit. Abolition du murmure vésiculaire et affaiblissement du retentissement vocal. Un vésicatoire volant est appliqué. Temp., soir, 40°1. Le vésicatoire est retiré à six heures.

Le 3. — 39°6; 40° le soir.

Le 5. — Selles fréquentes, non diarrhéiques. 38°6 le matin; 38°2 le soir.

Le 7. — On substitue au sulfate de quinine 1 gramme d'antipyrine en deux doses à une heure d'intervalle. Le matin, 39°.

Le soir : poudre prise à une heure et demie, temp., 38°2; à trois heures et demie, 38°4; à cinq heures et demie, 38°4.

Le 8. — Continuer la dose de 1 gramme d'antipyrine.

Soir : aucun abaissement de température; au contraire, élévation d'un degré.

Le 9. — On donne aujourd'hui 2 grammes d'antipyrine par doses de 0,50 centig. à un quart d'heure d'intervalle.

Soir : avant l'administration de la poudre, 40°2; une heure après la première dose, 39°.

Le 10. — 2 gr. 50 d'antipyrine en quatre fois. Temp., avant, 40°2; après, 39°.

Le 11. — 3 grammes d'antipyrine à deux heures et demie; à trois heures et demie, 39°1; à quatre heures et demie, 39°2.

Le 12. — 4 grammes d'antipyrine : avant, 40°; pendant l'administration des quatre doses, temp. 39°6; une heure après la dernière prise, 38°5.

Une ponction faite avec l'aspirateur Potain dans le sixième espace, sur la ligne axillaire, ne donne issue à aucun liquide.

Le 13. — 4 grammes d'antipyrine : avant, 39°5; pendant, 38°5; une heure après, 38°4.

Le 14. — 4 grammes d'antipyrine : avant, 39°1; pendant, 38°; une heure après, 38°2.

Le 15. — On cesse l'antipyrine; 38°4 et 38°6.

Le 19. — La malade va de mieux en mieux; l'eschare suppure beaucoup.

Le 20. — L'état général s'améliore très notablement. L'appétit revient; la coloration ictérique des urines a presque entièrement disparu.

Le 24. — Le mieux persiste. Les urines sont plus abondantes.

Le 28. — 1,250 grammes d'urines claires, sans trace des pigments biliaires.

©BIU Santé

Le 25 mars. — L'eschare existe toujours sans grande tendance à la cicatrisation, on y fait une greffe cutanée.

Le 26. — La malade a uriné et la greffe a été détachée. On ne renouvelle pas cette tentative de greffe. Pansement à l'iodoforme.

Le 4 avril. — Le malade quitte l'hôpital. L'état général est excellent. L'eschare sacrée n'est pas encore complètement cicatrisée.

Le 29 septembre. — L'eschare n'a été guérie qu'à la fin de juillet.

Au mois d'août seulement, le 22, les règles sont revenues; de plus, elles sont régulières, tous les mois et sans douleurs.

La cicatrice, de 15 cent, 1/2, est à peine visible; il y a une légère éventration médiane.

La malade a peu engraissé.

Le 16 janvier 1888. — Mme O... se porte très bien, depuis six mois ses règles n'ont plus reparu.

RÉFLEXIONS. — Cette observation serait banale sans les accidents qui sont survenus du côté du foie, accident très certainement dus à des phénomènes de congestion avec fièvre.

Qu'après l'ovariotomie on observe quelques troubles du côté du foie, troubles se traduisant par une coloration ictérique des conjonctives, le fait, quoique non signalé, n'est pas très rare; mais, en général, il offre une importance peu considérable et n'influe en rien sur l'évolution normale vers la guérison.

Dans ce cas, les accidents ont été sérieux et accompagnés d'une fièvre intense qui n'a cédé ni au sulfate de quinine, ni à l'antipyrine. A un moment, on a cru à des accidents du côté de la base du poumon droit et à de l'épanchement, mais il est probable que les signes fournis par l'auscultation étaient dus à l'augmentation de volume du foie.

S'il nous arrivait de rencontrer un cas semblable, je crois qu'il serait ndiqué d'agir sur le foie par des révulsifs et d'administrer du calomel à doses fractionnées.

Quelle a été la cause de ces phénomènes? Nous ne pouvons le dire, ce que vaut mieux que d'émettre une théorie quelconque en faisant jouer un rôle aux accidents réflexes.

CORRESPONDANCE

Ham, 15 février 1888.

A Monsieur le rédacteur en chef de l'Union médicale.

Mon cher rédacteur,

Voulez-vous m'accorder une petite place dans votre journal pour élever une protestation en faveur de la chirurgie française à propos d'un article publié dans une autre feuille médicale.

Voici ce dont il s'agit :

Dans un travail inséré dans la *Semaine médicale*, numéro du 8 février courant, et intitulé « De l'intervention chirurgicale dans le rétrécissement du pylore », M. le professeur Heydenreich (de Nancy) fait l'historique des opérations pratiquées pour remédier à cette lésion. Après avoir parlé des opérations faites sur l'estomac seulement, l'auteur arrive à un second groupe qui comprend les tentatives faites sur l'intestin seulement ou tout à la fois sur l'intestin et l'estomac. Ce groupe, dit M. Heydenreich, comprend la *duodénostomie*, la *jéjunostomie*, et la *gastro-entérostomie*. Arrivé à la jéjunostomie, l'auteur s'exprime ainsi : « La jéjunostomie ne diffère de la duodénostomie que par le siège

de l'ouverture intestinale qui porte sur le jéjunum au lieu de porter sur le duodénum. » Puis, il attribue cette opération à deux chirurgiens anglais, Golding Bird (*Brit. medic. Journal*, décembre 1885) et Pearce Gould qui s'en disputent la priorité.

L'opération de Pearce Gould faite le 8 septembre 1885 a été publiée dans le numéro du 12 décembre 1885 de *The Lancet*. Golding Bird a opéré le 25 octobre de la même année.

A cet historique qu'on me permette d'ajouter ce qui suit :

En 1878, je publiai dans le *Bulletin de thérapeutique* un travail dans lequel je proposais pour les cas d'obstruction infranchissable du pylore d'introduire des aliments appropriés par une ouverture faite sur le duodénum à sa naissance, et j'exposais le manuel opératoire que j'avais imaginé et pratiqué sur le cadavre, je donnais à cette opération le nom d'*Entérostomie* et je la présentais comme le pendant de la *Gastrostomie*. Cet article parut dans le numéro du 30 mai 1878, page 445.

Le 19 juin suivant, je pratiquai pour la première fois sur le vivant l'entérostomie sur une malade de M. Dujardin-Beaumetz, à l'hôpital Saint-Antoine, avec l'assistance de M. Le Dentu.

Le 30 août 1878, je communiquai à l'Académie la relation de ce fait.

Enfin, dans le numéro du 15 septembre dans la même année je publiai dans le *Bulletin de thérapeutique* un second mémoire sous le titre de : « Observation d'entérostomie suivie de quelques explications sur le procédé adopté et sur les indications de cette opération. »

L'entérostomie jéjunale n'est donc pas d'origine anglaise et, jusqu'à preuve du contraire, je continuerai de croire que la création m'en appartient et que je suis le premier qui l'aie faite, non par surprise, mais de propos délibéré.

Je me doutais bien qu'on ne parlerait en France de l'entérostomie que lorsqu'elle y reviendrait de l'étranger. Nous y voici, mais il me paraît juste que, tout au moins dans le pays où elle est née, cette opération soit rapportée à son véritable auteur.

Pour dire toute la vérité, je dois ajouter que M. L.-H. Petit, dans son article *Entérostomie* du *Dictionnaire de Dechambre*, m'a rendu pleine justice et que, dans un article sur la *Gastro-entérostomie*, inséré dans les *Archives générales de médecine* (novembre 1887, page 620), M. H. Rieffel a bien voulu revendiquer en ma faveur les droits de la chirurgie française.

Je suis heureux de pouvoir offrir publiquement ici mes remerciements à MM. L.-H. Petit et H. Rieffel.

Je vous serai très reconnaissant, mon cher rédacteur, si vous voulez bien insérer cette lettre de rectification dans un des prochains numéros de l'*Union médicale*.

Veuillez croire, mon cher confrère, à mes sentiments bien dévoués.

Dr Surmay,

Membre correspondant de l'Académie de médecine,
Chirurgien de l'hôpital de Ham.

BIBLIOTHÈQUE

Nos grandes écoles militaires et civiles, par Louis Rousselet. Paris, librairie Hachette. Avec 169 gravures sur bois.

L'auteur nous donne la description complète et animée de chacune des grandes Ecoles de l'Etat en France : l'Ecole navale, l'Ecole spéciale militaire, l'Ecole polytechnique, l'Ecole centrale des arts et manufactures, l'Ecole des beaux-arts, l'Ecole de médecine, l'Ecole de droit, l'Ecole normale supérieure. A part les conditions d'admission publiées dans les programmes officiels, on ne connaît point dans le monde ces Ecoles importantes, qui sont pourtant le but et le couronnement des travaux de la jeunesse française. L'auteur a donc rempli une véritable lacune en nous faisant connaître tous les détails qui les concernent, ce qui s'y passe, la vie qu'on y mène, le travail qui s'y fait. Son excel-

©BIU Santé

lent livre est utile non seulement aux jeunes gens qui aspirent à ces Ecoles, mais aussi aux parents qui aiment à suivre leurs enfants dans leur vie studieuse. Ce qui nous intéresse surtout dans ce livre, nous médecins, c'est la description de l'Ecole de médecine de Paris. L'auteur n'y a rien négligé, dessin du monument, amphithéâtre, inscriptions, études, examens, enseignement, vie de l'étudiant, historique de la Faculté de médecine, etc. etc. Pour tous les jeunes travailleurs dont la pensée se tourne de ce côté, le livre de M. Rousselet est un attrait de curiosité ; pour tous ceux qui ont été élèves de cette célèbre Ecole, c'est un souvenir. — R.

CONFÉRENCES THÉRAPEUTIQUES ET CLINIQUES SUR LES MALADIES DES ENFANTS, par M. Jules SIMON, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Deuxième édition, revue et considérablement augmentée ; t. II. — Delahaye et Lecrosnier, 1887.

Le succès si légitime obtenu dès leur apparition par les conférences thérapeutiques et cliniques de M. Jules Simon ne s'est jamais ralenti et nécessitait une nouvelle édition; l'auteur en a profité pour reviser avec un soin méticuleux toutes les conférences de la première. On relira avec d'autant plus de fruit celles qui traitent de l'emploi de l'*alcool*, de l'*iode* et de ses dérivés, de la *noix vomique*, du *fer*, des *bromures;* pour l'étude de chacun de ces grands médicaments, M. Simon a conservé son plan si commode : formes pharmaceutiques et dosage, action physiologique, indications et contre-indications; l'énumération des maladies pour lesquelles le médicament est indiqué est rendue moins aride et plus profitable par des observations cliniques, des souvenirs et des anecdotes tirées d'une clientèle si étendue.

Dans ce volume, des leçons spéciales sont consacrées à la *fièvre typhoïde*, à l'*irritation cérébrale*, à la *congestion*, à la *sclérose du cerveau*, sujets que M. Simon a toujours étudiés avec une prédilection justifiée par leur grande importance pratique.

Le lecteur retrouvera avec plaisir cette série si instructive de leçons sur les *Eaux minérales* et leur emploi en thérapeutique infantile, dont aucun livre de pédiatrie ne contient l'équivalent et dont la préparation a demandé à l'auteur tant de temps et une enquête si minutieuse sur les lieux mêmes.

M. Jules Simon a ajouté au volume trois leçons nouvelles qui traitent de l'*adénopathie trachéo-bronchique*, de la *diarrhée* et de la *claudication*. Les auteurs qui se sont occupés de l'adénopathie trachéo-bronchique ont eu presque tous en vue l'adénopathie tuberculeuse intra-thoracique et l'énumération des effets mécaniques de compression produits par des ganglions hypertrophiés ou altérés dans leur texture. M. Jules Simon a signalé depuis longtemps ce fait que les phénomènes de compression (accidents spasmodiques, toux quinteuse, accès de suffocation) « essentiellement variables et mobiles, peuvent être mis aussi sur le compte de la congestion simple, si fréquente qu'elle est en quelque sorte inévitable dans toutes les affections intra-thoraciques, et de l'irritation que ces poussées congestives communiquent aux tissus cellulaire et nerveux du voisinage. » M. Simon a mis en lumière ce point de physiologie pathologique avec une insistance « qui lui donne à cet égard, comme il le dit très légitimement, un droit de priorité ».

Si je n'étais pas l'élève de M. Jules Simon, je serais bien plus à l'aise pour dire tout le bien que je pense de son libre enseignement parlé et écrit; je puis, du moins, le remercier d'avoir rappelé mon nom dans sa préface parmi ceux qui ont eu l'honneur de recueillir quelques-unes de ses leçons, et lui renouveler l'assurance de ma gratitude.

P. LE GENDRE.

REVUE DES JOURNAUX

Cause peu commune d'hémorrhagie uréthrale. — Le docteur Humphreys raconte le fait suivant dans le *British med. Journ.*, 7 janvier 1888 : Un homme âgé de 34 ans consulta notre confrère pour une hémorrhagie assez intense du canal de l'urèthre. L'examen local permit de constater que toute la moitié gauche du scrotum et de la verge, et tout le périnée jusqu'à une petite distance de l'anus, étaient envahis par une masse de

veines variqueuses. Il y avait une énorme dilatation veineuse auprès de l'anus. Cet état anormal était congénital, et n'avait subi aucun changement, autant que pouvait se le rappeler le patient, qui ne présentait aucune autre lésion vasculaire. L'hémorrhagie fut arrêtée par l'introduction maintenue d'un cathéter dans la vessie. Le docteur Humphreys pense que l'hémorrhagie était due à une rupture veineuse intra-uréthrale. — R.

Contribution à l'étude des corps étrangers, des organes génitaux de la femme. — H.-W. Freund (de Strasbourg), rapporte, dans un des derniers numéros du *Centralblatt für Gynécologie,* n° 57, deux cas fort intéressants de corps étrangers des organes génitaux de la femme. Il s'agit dans les deux cas d'épingles à cheveux introduites chez la première malade, pendant des manœuvres de masturbation, et chez la seconde dans le but de provoquer l'avortement.

La première observation a trait à une jeune couturière de 15 ans qui se présenta à la clinique de Strasbourg, se plaignant de douleurs dans la région vésicale, s'exaspérant pendant la miction. La grande lèvre gauche avait augmenté de volume. A l'examen, on trouva fichée dans le tissu de cette lèvre, l'extrémité libre d'une épingle à cheveux, l'autre extrémité libre proéminait à la paroi supérieure du vagin, tandis que la grosse extrémité recourbée faisait saillie dans la vessie. Voici ce qui s'était passé, suivant les aveux de la patiente qui confirment bien les constatations anatomiques ; l'épingle avait été introduite par sa grosse extrémité dans le méat urinaire et poussée dans l'urèthre, puis échappant des mains, elle s'était frayé un chemin jusque dans la vessie. Après quoi l'une des branches avait perforé la paroi supérieure du vagin et l'autre traversant le bulbocaverneux, avait pénétré dans la grande lèvre. L'extraction fut facile, les douleurs vésicales disparurent et la guérison fut complète en quelques jours.

La seconde observation présente plus de difficultés comme interprétation, elle est aussi plus grave dans ses conséquences. Une femme de 41 ans se présente à la clinique, perdant du sang depuis huit jours, se plaignant de douleurs abdominales et de fièvre. Elle portait au niveau du bord gauche de la matrice, une tumeur de la grosseur d'une noix, douloureuse, qui fut prise pour une grossesse extra-utérine. La laparotomie fut pratiquée ; on trouva une tumeur kystique de la trompe, dont le contenu ne rappelait en rien les tissus fœtaux. Sur les bords de la tumeur, on découvrit une tige métallique de deux centimètres et demi de longueur, formée des deux branches tordues d'une épingle à cheveux. Il y a tout lieu de croire que ce corps étranger introduit dans l'utérus pour provoquer l'avortement, a passé de là dans la trompe, puis dans le péritoine. Il est vrai que la malade nie avoir jamais fait, ou laissé faire, de pareilles tentatives.

Cette observation présente encore un fait fort important à noter, c'est la disparition des attaques d'hystero-épilepsie auxquelles la malade était sujette avant l'ablation de cette tige de métal. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 février 1888. — Présidence de M. Hérard.

A l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, M. Germain Sée demande la parole pour rectifier certaines assertions contenues dans la notice de M. le docteur Faucher, présentée par M. Constantin Paul, et relative au nouveau réactif du suc gastrique, la phloroglucine vanilline, au sujet duquel M. G. Sée a fait une communication récente à l'Académie. M. Sée déclare maintenir toutes les conclusions de sa communication, lesquelles n'auraient été contredites, à son avis, que par suite d'une méconnaissance complète des conditions de l'expérimentation.

Relativement au cas de mort par l'acétanilide, cité dans la dernière séance par M. Hardy, M. G. Sée estime que M. Brouardel a dit le mot de la situation lorsqu'il a

©BIU Santé

demandé que, avant d'administrer l'acétanilide, les médecins se renseignassent avec le plus grand soin par l'examen des urines sur l'état du parenchyme rénal.

La correspondance manuscrite comprend :

1° Une observation adressée par M. Leloir (de Lille), montrant le danger que font courir à la santé publique les filles publiques insoumises.

2° Un pli cacheté, adressé par M. le docteur Alison, relatif au traitement de la grippe. (Accepté).

3° Un mémoire de M. le docteur Tussau, médecin cantonal, intitulé : *La diffusion de la variole d'après l'épidémie de 1886-1887 et 1888, dans les communes de Génelard, Perrecy-les-Forges et Palinges (Saône-et-Loire).*

4° Une lettre de M. le docteur Achille Sirépel (de Roubaix), concernant un travail de M. Jean Desbouvries, intitulé : *De l'alcoolisme, moyen d'en combattre les effets nuisibles à la santé.* (Com. M. Lancereaux.)

5° Une note de M. Damery, ingénieur à Laon, intitulée : *Chauffage et ventilation des écoles, hôpitaux, casernes, ateliers et autres établissements analogues.*

M. Brouardel présente, de la part de M. le docteur Ad. Despine, professeur à l'Université de Genève, un travail intitulé : *Contribution à l'étude de la pneumonie franche infantile.*

M. Laboulbène offre en hommage l'article Phylloxera. (Extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales.*)

M. Marjolin présente, de la part de M. René Blache, une brochure intitulée : *Quelques résultats de l'application de la loi Roussel dans le département de la Seine.*

M. Charpentier dépose sur le bureau, au nom de M. le docteur Charlex, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Cours d'accouchement professé à la maternité de Liège.*

M. Ball offre en hommage un volume qu'il vient de publier sur *la folie érotique.*

M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° De la part de M. le docteur Bonamy, une brochure intitulée : *Nouveaux essais des vaporisations d'infusion d'eucalyptus dans la diphthérie;* — 2° un appareil pour les inhalations d'acide fluorhydrique.

M. le Président dit qu'il y a lieu de déclarer une vacance dans la section des associés libres, par suite du décès de M. Dechambre.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

M. Léon Le Fort a la parole pour la continuation de son discours.

L'orateur commence par s'excuser de ce qu'il appelle sa « longue intervention ». Il attendait depuis vingt et un an cette discussion qu'il n'a pu provoquer en 1867. Il déclare qu'il faut une loi. Il a démontré, par les faits, l'insuffisance des mesures administratives. Sur plus de quarante ou cinquante mille prostituées, il n'y en a que deux mille qui soient visitées. Quarante ou cinquante mille sont libres. Parmi les inscrites, mille par an échappent à la surveillance médicale.

L'orateur établit l'impuissance de l'Administration par suite des obstacles qu'elle trouve devant elle, les uns légaux, les autres moraux.

Les premiers sont constitués par la loi. La répression sur la voie publique nécessite le flagrant délit; on ne peut, d'autre part, exercer des poursuites dans les maisons particulières, dans les cabarets, les brasseries, etc. Dans cette situation, il n'y a que deux parties à prendre : ou accorder la liberté de la prostitution; ou lever les obstacles à la répression à l'aide d'une loi.

La liberté de la prostitution ne saurait être l'objet d'une discussion à l'Académie; tout le monde est d'accord pour la combattre. Il y a donc lieu de chercher le meilleur moyen de fortifier l'autorité administrative soit par l'application stricte des lois existantes, soit par une loi spéciale.

Par une discussion approfondie des articles de loi relatifs à la question, M. Léon Le Fort s'attache à montrer que les lois existantes sont absolument impuissantes,

parce qu'elles sont inapplicables au sujet dont il s'agit. Il faut donc une loi nouvelle, et sans vouloir empiéter sur le pouvoir législatif, il pense que l'Académie peut du moins émettre des vœux qui, suivant lui, devraient être formulés de la manière suivante :

1° L'Académie, dans l'intérêt de la santé publique, émet le vœu qu'une loi spéciale sur la prostitution règle et fortifie les pouvoirs de l'Administration, et permette d'atteindre et de réprimer la provocation partout où elle se produit.

2° L'Académie, estimant que la sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale, émet, en outre, le vœu :

1° Que la surveillance dont il s'agit soit temporaire et renouvelable; 2° que si elle n'est pas consentie par la fille qui en est l'objet, elle ne puisse lui être imposée que par l'intervention de l'autorité judiciaire.

Le discours de M. Léon Le Fort, écouté dans un religieux silence, a captivé pendant une heure l'attention de l'Académie et du public.

La discussion sera continuée.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret.

FORMULAIRE

Potion contre l'iritis. — Carmichaël.

Huile essentielle de térébenthine.....	16 grammes.
Jaune d'œuf.....	N° 1

Mêlez, et ajoutez peu à peu :

Emulsion d'amandes.....	125 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges.....	64 —
Essence de cannelle.....	3 ou 4 gouttes.

Pour une potion à donner en 3 fois dans la journée, dans le cas d'inflammation lente de l'iris et de la choroïde. — Pour éviter les aigreurs, il suffit d'ajouter à la potion 0 gr. 20 centigr. de sous-carbonate de soude. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le 7e Congrès de médecine interne aura lieu, du 9 au 12 avril, à Wiesbaden.

Voici les principales questions inscrites à l'ordre du jour : Lésions du muscle cardiaque et leur traitement. — L'alcool en thérapeutique. — Traitement et prophylaxie du choléra asiatique, par Cantani (de Naples) et A. Pfeiffer (de Wiesbaden). — Recherches expérimentales sur le mécanisme de la respiration. — Traitement de la maladie de Basedow. — Diagnostic des tumeurs rénales. — Pathogénèse de l'attaque épileptique.

Ch. S.

Prix William Jenks. — Ce prix, qui est triennal, et dont la valeur est de 250 dollars (1,250 francs), sera décerné, pour la première fois, à l'auteur du meilleur mémoire sur *le diagnostic et le traitement de la grossesse extra-utérine*. Ce mémoire devra être écrit en anglais, ou, s'il est écrit dans une autre langue, devra être muni d'une traduction anglaise. Il sera distingué par une devise et accompagné d'un pli cacheté sur lequel la devise sera reproduite et qui contiendra le nom et l'adresse de l'auteur. Le pli cacheté joint au mémoire couronné sera seul ouvert. Le comité retournera à leurs auteurs, qui les réclameront dans l'intervalle d'une année, les mémoires non couronnés. Ce prix est offert aux auteurs de toutes les nationalités, mais il doit être l'œuvre d'un seul. La volonté du fondateur est qu'il ne soit décerné qu'à un travail qui se rattache à l'obsté

©BIU Santé

trique, ou aux maladies des femmes ou des enfants. Le Comité pourra publier le mémoire couronné ou tout autre mémoire sur les matières imposées par le fondateur, s'il a les fonds nécessaires à sa disposition et si les mémoires méritent l'impression. Si l'impression a lieu, la distribution des travaux imprimés sera entièrement sous le contrôle du Comité. Dans le cas contraire, les travaux seront la propriété du *College of Physicians of Philadelphia*. — Les mémoires devront être envoyés, *avant le 1er janvier 1889*, au *College of Physicians of Philadelphia, Pensylvania, U. S. A.*, et adressés à Ellwod Wilson, M. D., président du *Comité du William F. Jenks prize*. — R.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Aux termes du règlement sur le service de santé les candidats à l'internat parvenus à l'expiration de leur troisième année d'externat ne peuvent être nommés internes provisoires, et en exercer les fonctions que s'ils se sont fait de nouveau recevoir externes.

A la suite du dernier concours, plusieurs externes de troisième année classés au nombre des internes provisoires avaient négligé de se présenter au concours de l'externat et, d'après les termes du règlement, n'auraient pas dû être nommés internes provisoires.

L'administration ayant acquis la preuve que les dispositions réglementaires ci-dessus rappelées étaient généralement mal connues, a bien voulu, à titre exceptionnel et pour cette année seulement, n'en pas faire application. Cette exception ne sera plus renouvelée et désormais les externes de troisième année qui n'auront pas subi de nouveau le concours de l'externat seront, malgré leur rang, exclus de la liste des internes provisoires.

— Par arrêté préfectoral, en date du 18 février 1888, M. Pennetier, vétérinaire, est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du Vme arrondissement de Paris, en remplacement de M. le docteur Lafont, décédé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Charrier (de Sauveterre), Chevreuse (de Charmes), Courtade (de Miélan) et François (de Tilly).

CONCOURS VULFRANC GERDY. — L'Académie de médecine met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'Académie, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1888.

Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1889.

Une somme de 1,500 francs sera attribuée à chaque candidat.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE (3e session du 12 au 17 mars 1888). — On peut toujours s'inscrire jusqu'au jour de l'ouverture de la session, en envoyant un mandat-poste de 20 francs, au secrétaire général, M. le docteur S. Pozzi, 10, place Vendôme, à Paris.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Bibliothèque : Urologie clinique et maladies des reins. — III. Revue des journaux : Sur un cas de dextrocardie. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — V. Thèses de doctorat. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : L'évolution de la morale. — IX. Formulaire.

BULLETIN

A l'Académie de médecine, continuation de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis par un remarquable discours de M. le professeur Le Fort. Quelle que fût l'opinion de chacun des auditeurs en particulier sur la question, il était impossible de ne pas accorder une grande portée aux arguments invoqués par l'orateur, à sa profonde connaissance du sujet, qu'il a étudié sur le vif, — avec constatation par huissier, — et le sentiment vraiment humain avec lequel il a demandé à l'Académie d'insister auprès des pouvoirs publics pour substituer l'action judiciaire, légale, à l'arbitraire qu'exerce aujourd'hui la police en matière de répression des prostituées, a été vivement applaudi.

— Les réserves que nous avions formulées dans notre précédent bulletin sur la publication hâtive des résultats expérimentaux ont encore leur raison d'être. M. C. Paul, parlant au nom de M. Faucher, avait nié l'importance que M. G. Sée avait accordée à la phloroglycine vanilline comme réactif des maladies de l'estomac; aujourd'hui, M. Sée reproche à M. Faucher d'avoir mal conduit ses expériences et d'avoir cuit la phloroglycine au

FEUILLETON

Bibliothèque anthropologique. — L'ÉVOLUTION DE LA MORALE, par Ch. Letourneau, président de la Société d'anthropologie, professeur à l'Ecole d'anthropologie.

Ce volume est le troisième de la Bibliothèque anthropologique.

L'auteur s'est imposé l'immense tâche de « retracer l'histoire de l'évolution morale depuis l'origine des sociétés jusqu'à nos jours, de montrer comment est née la morale, comment et sous quelles influences elle a évolué, quelle en a été la direction dans le passé, ce qu'elle sera dans l'avenir. » Il est difficile de concevoir un travail plus considérable et plus utile, et nous nous empressons d'ajouter, accompli d'une manière plus brillante.

Et d'abord, qu'est-ce que la morale? Si nous ouvrons le Dictionnaire de l'Académie française, nous trouvons : « Morale, s. f., *Doctrine relative aux mœurs.* » Littré est un peu plus explicite : « Morale, s. f., *Ensemble des règles qui doivent diriger l'activité libre de l'homme...* » Mais la définition de l'auteur, plus simple et plus claire, nous paraît préférable : « *La morale est la règle des mœurs.* » Tel est l'objet très net de ses recherches.

De graves et intéressantes questions se présentent tout d'abord : « La morale est-elle spéciale à l'humanité? A quel moment du développement social et mental voit-on

©BIU Santé

lieu de l'avoir chauffée graduellement à l'étuve. — M. Paul Gibier mettait en doute l'existence du microbe de la fièvre jaune, et par cela même l'exactitude des expériences de M. Domingos Freire; aujourd'hui, M. D. Freire maintient devant l'Académie des sciences ses assertions sur l'existence de ce microbe, en invoquant le témoignage de divers observateurs qui l'ont vu et isolé comme lui. — Par un sort contraire, le microbe du cancer, dont M. Scheurlen, après M. D. Freire et M. Rappin, avait cru démontrer l'existence, n'existerait pas, d'après un autre Allemand, le docteur Senger; Scheurlen s'est trompé, d'après son compatriote; il a pris des gouttelettes de graisse pour des spores, erreur qui d'ailleurs, paraît-il, est facile à commettre. Quant au bacille lui-même, il paraît encore, toujours d'après Senger, que ce n'est autre chose que le *bacille de la pomme de terre*, un microbe non pathogène et des plus inoffensifs. Que vont répondre à cela MM. D. Freire et Rappin?

Ce qui paraît plus sérieux, ce sont les recherches que viennent de présenter à l'Académie des sciences MM. Cornil et Chantemesse sur les propriétés biologiques et l'atténuation du virus de la pneumo-entérite du porc. Nous avons déjà parlé de cette affection à propos d'une épidémie qui a fait des ravages considérables dans la race porcine à Marseille et aux environs de Paris. Étudiant les propriétés des diverses substances antiseptiques sur le virus de cette maladie, MM. Cornil et Chantemesse sont arrivés à le stériliser rapidement et ensuite, en le traitant à l'étuve, à le transformer en vaccin. Les expériences de vaccination sont commencées depuis deux mois, mais, loin de se hâter d'en publier les résultats, les auteurs attendent patiemment que ceux-ci soient à l'abri de toute critique. Nous ne pouvons cependant nous empêcher de faire remarquer qu'au milieu de tous les antiseptiques qui ont vu le jour depuis vingt ans, c'est encore le plus ancien, l'acide phénique, qui, joint à l'acide chlorhydrique, est arrivé à stériliser le plus rapidement les cultures virulentes.

— Les détracteurs de la vaccine contre la variole viennent de subir un

---

poindre la morale? Comment se forme-t-elle? Comment s'organise-t-elle en penchants héréditaires? Est-elle progressive et quelles sont les phases de son évolution? »

Toutes ces questions, l'auteur cherche à les résoudre, « non par des raisonnements en l'air et des spéculations creuses, » mais en interrogeant consciencieusement les faits, en puisant à toutes les sources, par exemple, en remontant aux origines, d'où l'on peut déduire « comment et pourquoi se sont formés dans la conscience humaine des sentiments à peu près étrangers aux animaux : le sentiment de la pudeur, celui d'humanité, le besoin de justice, etc. »

Parmi les sources où l'auteur a puisé, l'ethnographie générale nous fait comprendre comment des faits qui, « isolément cités dans les récits historiques, nous paraissent étranges, monstrueux, s'expliquent quand on peut les rapporter à des survivances morales, legs des âges écoulés. » Ainsi, l'acte atroce et absurde d'Agamemnon, sacrifiant sa fille pour obtenir « l'heureux vent du départ » (*Lucrèce*), nous surprend moins quand nous nous rappelons que, dans toutes les sociétés sauvages, la vie des filles est une quantité négligeable, que les dieux primitifs sont presque toujours altérés de sang comme leurs adorateurs; quand nous savons que, dans l'Achanti, on empale des jeunes filles vierges pour remédier à la stagnation du commerce; que, d'après les légendes chinoises, « avant de couler une cloche, il n'est pas mauvais de jeter une jeune fille dans le métal en fusion; le timbre de la cloche en est plus agréable... »

Les faits qui viennent ainsi éclairer une foule d'actes humains sont nombreux; il faut les lire dans le livre, où ils sont réunis et commentés. Rien n'est plus instructif. D'ailleurs,

échec important au Comité consultatif d'hygiène publique de France. M. le professeur Proust a en effet démontré, à propos d'une épidémie de variole qui sévit dans le Morbihan, l'insuffisance et l'impuissance de la législation actuelle en ce qui concerne la prophylaxie de cette maladie en France. En Allemagne, grâce à l'application rigoureuse de la vaccination et de la revaccination, la mortalité par variole a presque disparu; il en est de même dans l'armée française où elles sont strictement pratiquées. Mais dans le reste de notre population, de même que dans d'autres grandes villes, Londres, Pétersbourg, sur lesquelles les pouvoirs publics n'ont que peu d'action, la variole continue à causer une mortalité qui varie de 100 à 136 pour 100,000 habitants. D'autre part, M. Proust cite le canton de Zurich (Suisse) où la mortalité variolique s'est élevée de 8 à 85 depuis 1883, époque à laquelle la loi d'obligation de la vaccine a été rapportée. L'influence heureuse de la vaccine sur la prophylaxie de la variole est donc hors de doute; M. Proust, d'accord avec le Comitif consultatif d'hygiène, demande donc que la législation soit revisée dans le sens d'une plus grande sévérité dans l'application des mesures sanitaires, édictées elles-mêmes d'après les principes de l'hygiène scientifique moderne.

— Les modifications au concours du Bureau central, qui avaient été demandées par la commission chargée de ce travail de revision, et dont nous avons parlé il y a quelques semaines, n'ont pas été acceptées par le conseil de surveillance de l'Assistance publique. Mais comme les décisions du conseil doivent, pour être définitives, être approuvées par M. le préfet de la Seine, et qu'elles peuvent encore être modifiées d'ici là, nous ne les donnerons que lorsqu'elles seront officielles. — L.-H. P.

BIBLIOTHÈQUE

Urologie clinique et maladies des reins, par Labadie-Lagrave. — Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1888.

L'œuvre magistrale que vient de publier M. le docteur Labadie-Lagrave se divise en

avec l'aide de l'ethnographie méthodique, on remonte « bien au delà des quelques milliers d'années, dont l'histoire écrite, les traditions, les monuments ont gardé la trace... Nous pouvons faire en quelque sorte l'embryologie de toutes nos institutions sociales. Le plus lointain passé de nos sociétés se déroule alors devant nous. On peut, par exemple, étudier *de visu* la formation des sociétés; c'est d'abord la horde primitive et anarchique des premiers temps du quaternaire, telle qu'elle existe encore à la Terre de Feu. Puis, on voit ces hordes s'agglomérer en clans, en tribus; celles-ci forment dans leur sein des classes, des castes, obéissent à des chefs et finissent par constituer des monarchies despotiques, etc. — En même temps, la famille, dans le principe matriarcale, puis patriarcale, sort de la promiscuité primitive. D'abord, bête de somme aliment de réserve, machine à plaisir, la femme devient presque une personne à mesure que le mariage se constitue en passant par la polygamie, la polyandrie et d'autres modes variés d'association conjugale. — Les phases de l'évolution de la propriété se dégagent avec la même netteté... »

L'auteur, avant d'entrer dans le vif de son sujet, s'arrête quelques instants sur les preuves abondantes qui établissent que les peuples civilisés ont eu pour ancêtres les sauvages dégrossis de l'âge néolithique; l'homme quaternaire, quoique au dernier degré de la sauvagerie et si voisin de l'animalité, « résultait pourtant d'une longue évolution lentement progressive, » et a été le précurseur d'une évolution supérieure. Cette étude avait une grande importance au point de vue du développement de sa thèse.

Mais, dit l'auteur, on ne peut pas « commencer aujourd'hui une histoire de l'évo-

©BIU Santé

deux parties : dans la première, l'auteur étudie l'urine ; dans la seconde, les maladies des reins.

Après un résumé clair et substantiel de l'anatomie et de la physiologie rénales se trouve l'exposé des caractères des urines normales d'abord, des urines pathologiques ensuite. On trouvera là des articles très complets sur les polyuries, la pollakiurie, l'anurie, l'oligurie, et enfin les modifications des caractères physiques des urines. Pour chaque corps, l'auteur étudie les variations dans les différents états pathologiques ou sous l'influence des médicaments ; citons spécialement les pages consacrées à la phosphaturie, à l'azoturie et surtout à l'albuminurie, dont il est difficile de mieux exposer la pathogénie complexe.

La partie chimique est bien étudiée. Mais, ici, nous nous permettrons une petite réflexion. M. Labadie-Lagrave s'adresse à des médecins dont les connaissances chimiques sont très incomplètes, quand elles ne sont pas absolument nulles ; n'eût-il pas mieux valu, ceci admis, n'exposer que la recherche des corps importants ; pour chaque corps, s'en tenir au procédé le plus sûr, et alors, ce procédé unique, l'exposer complètement? Il n'est pas de petit détail pour celui qui n'est pas habitué aux manipulations chimiques, et on ne saurait, sur ce point, être trop minutieux.

Après des tableaux fort bien faits d'urologie clinique, l'auteur expose les caractères de l'urine dans la fièvre, l'état puerpéral et les maladies des divers appareils. Dans ces pages, le clinicien trouvera condensés un grand nombre de détails dispersés dans les publications spéciales et les thèses.

La deuxième partie est consacrée à l'étude des maladies du rein. L'auteur a su à la fois et écrire des chapitres parfaitement au courant de la science et éviter de se perdre dans les menus détails que les articles de dictionnaires nous ont quelquefois appris à trouver dans les travaux récents de pathologie.

Une des parties les plus originales de l'œuvre de M. Labadie-Lagrave est la classification des néphrites, basée à la fois sur l'étiologie et sur la clinique. Il admet d'abord trois grandes classes de ces affections : les néphrites aiguës, les néphrites chroniques et les néphrites ascendantes. Dans chacun des deux premiers groupes, il range chacune des variétés d'après sa cause. Dans les néphrites aiguës et les néphrites chroniques, on retrouve comme causes :

1° Les influences zymotiques ; 2° les influences toxiques (1er groupe étiologique) 3° Les causes agissant sur le tégument externe par voie réflexe (2e groupe étiologique).

Mais, dit l'auteur, tandis que, dans la néphrite aiguë, le nombre des cas où la cause

---

lution de la morale sans rappeler d'abord les propriétés principales de la cellule nerveuse, cela suffit à attester hautement la révolution en voie de s'accomplir dans la psychologie. » Il nous donne donc un exposé détaillé de la doctrine de l'*imprégnation de la cellule nerveuse*, avec ses corollaires. La cellule nerveuse nous est présentée comme un appareil enregistreur. « Ces empreintes emmagasinées peuvent se transmettre héréditairement ; d'où la formation de tendances innées, de penchants naturels, d'instincts... Il faut avoir bien présente à l'esprit cette vue générale, si l'on veut comprendre l'origine et l'évolution de la morale. » En s'appuyant sur cette base, l'auteur passe en revue, en les analysant, des sujets du plus vif intérêt, dont nous allons signaler quelques-uns : les phénomènes conscients et inconscients chez les animaux et chez l'homme ; l'hérédité lointaine d'une éducation physiologique que les nécessités de l'existence ont fait subir à toute la série ; chaque individu, par l'hérédité, dépravant ou moralisant sa postérité comme il a été moralisé ou dépravé par ses ancêtres ; l'hérédité vicieuse incontestable, comme le démontre, entre autres preuves, ce fait que, en 1843, parmi les enfants réunis à Mettray, il y en avait 34 dont les parents étaient en prison ; la morale ayant pour facteurs actifs l'état social, l'éducation, le genre de vie, etc. ; dressage de l'homme, dressage des animaux ; le penchant artificiel, organisé, devenu inné et héréditaire, après une suffisante série de générations bien dressées ; formation des instincts chez les animaux, ou mémoire héréditaire qu'on appelle *instincts ;* la prédestination organique chez tous les animaux à structure complexe, frappante chez les insectes à métamorphoses, qui, à mesure de leurs transformations, adoptent des genres de vie en

véritable nous échappe se restreint de plus en plus, il n'en est pas de même dans les néphrites chroniques. Là, dans la forme commune, dans le mal de Bright proprement dit, souvent rien n'autorise à invoquer l'un quelconque de ces trois ordres de cause; aussi tend-on aujourd'hui à faire du mal de Bright une sorte de dyscrasie dont l'affection rénale n'est qu'un des épisodes. Cependant il est beaucoup de néphrites chroniques où l'on retrouve la trace d'une maladie infectieuse ancienne ou récente pendant laquelle il y a probablement eu une néphrite aiguë. D'autres néphrites chroniques se rattachent plus directement à une maladie infectieuse plus récente : impaludisme, etc., ou à l'élimination d'un poison par le rein; saturnisme, ou enfin à une irritation cutanée.

Avant d'étudier les néphrites, l'auteur consacre un chapitre à la congestion rénale et, disons-le en passant, oppose de sérieux arguments à la conception d'Alb. Robin relativement à la congestion primitive.

L'ouvrage se termine par des articles où sont passés en revue les dégénérescences, les tumeurs, les kystes, l'hydronéphrose, les parasites, les anomalies, et enfin la périnéphrite.

On peut le dire en toute sincérité, le monument scientifique dont MM. G. Sée et Labadie-Lagrave poursuivent l'édification s'est augmenté d'une de ses plus solides assises. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ALLEMANDS.

Sur un cas de dextrocardie. — Le docteur Gruss a présenté à la Société de médecine de Vienne une jeune femme née, deux mois avant terme, le 27 novembre 1858, et chez laquelle le cœur est situé à droite. En dehors d'une varicelle et d'une rougeole tellement bénignes qu'elle n'a été alitée que quelques jours, cette jeune femme n'offre dans ses antécédents personnels ni rachitisme, ni rhumatisme, ni pleurésie, ni pneumonie, ni maladie infectieuse quelconque. Extrêmement faible et très fréquemment cyanosée dans les premiers temps de sa vie, elle est restée jusqu'à 20 ans sujette à des accès de dyspnée, à des palpitations, à des vertiges et à des céphalalgies. La teinte déjà légèrement cyanotique qui se remarquait sur son visage, et qui augmentait durant

relation rigoureuse avec chacune des formes qu'ils revêtent, et produisant — cette prédestination — aussi bien chez l'homme que chez l'insecte, des phénomènes inconscients, indispensables au maintien de la vie, etc.

L'étude de cette prédestination organique, du dressage chez l'homme et chez les animaux, et, en particulier chez le chien, « le seul être sur la terre qui nous aime plus que lui-même » (*un auteur ancien cité par Darwin*), ont inspiré à l'auteur une remarquable discussion, que nous voudrions reproduire entièrement, mais dont nous extrairons au moins l'anecdote charmante, rapportée par Franklin, de deux chiens, « un terre-neuve et un mâtin, qui tombèrent ensemble à la mer, juste au moment où ils se livraient un furieux combat sur la jetée de Donaghadee. L'aventure aurait mal fini pour le mâtin, médiocre nageur, si son adversaire, qui, avant la chute, n'avait qu'une pensée, celle de l'étrangler, rappelé à ses instincts de sauveteur par le contact de l'eau, n'eût ramené au rivage son adversaire en péril! »

Nous voudrions également placer ici tout le chapitre qui a pour titre émouvant : *La morale chez les animaux*, et où nous ne pouvons résister au plaisir de prendre quelques citations. Quantités d'animaux se groupent en familles, en hordes, même en sociétés nombreuses et complexes. L'amour des parents pour les jeunes peut s'exalter, comme chez l'homme, jusqu'à l'héroïsme. « Il y a une dizaine d'années, les journaux racontèrent avec admiration le trait héroïque d'une jeune mère qui, précipitée dans une rivière par suite d'un accident de voiture, avait, avant de se noyer et dans un suprême effort, jeté son enfant sur la rive. » Cet acte en effet admirable n'appartient pas exclu-

©BIU Santé

les efforts, s'est atténuée et a fini par disparaître depuis quelque temps, sauf à l'occasion des fatigues prolongées ou des émotions. Elle est extrêmement sensible au froid, et elle ne peut se coucher sur le côté. Elle n'est pas gauchère. Ses règles sont régulières.

En examinant son thorax, légèrement bombé en avant, on constate une dépression peu accentuée du sternum à la partie inférieure. Le cœur siège, à droite, dans des *limites absolument comparables à celles qu'il occupe normalement à gauche, et sa pointe peut subir, vers la droite, un déplacement symétrique de celui qu'elle peut présenter d'habitude à gauche.* Les bruits sont nets à la pointe. A la base, le premier bruit s'accompagne d'un *frottement accusé surtout dans le deuxième espace intercostal droit*, et le *second bruit y est plus fort aussi* que dans le deuxième espace intercostal gauche. On perçoit dans les carotides un souffle un peu plus accusé à gauche. Les *artères sont, en général, petites et dépressibles*, les pulsations régulières et nullement retardées.

En tenant compte de l'absence des phénomènes stéthoscopiques correspondant d'ordinaire à la région précordiale, à gauche, on constate à l'auscultation et à la percussion les mêmes particularités que d'habitude au poumon droit. Quant aux *autres viscères*, ils paraissent occuper *tous leur position normale.*

Se basant sur les caractères du *souffle systolique qui ne couvre jamais le claquement valvulaire,* le docteur Gruss diagnostique un RÉTRÉCISSEMENT DU CÔNE ARTÉRIEL SEULEMENT; s'appuyant, en outre, sur la rareté des rétrécissements congénitaux de l'aorte et sur la faiblesse du pouls, il conclut à l'existence d'une STÉNOSE DU CÔNE DE L'ARTÈRE PULMONAIRE et, *conséquemment,* à une INTERVERSION DES CAVITÉS ARTÉRIELLE ET VEINEUSE DU CŒUR, AINSI QUE DES GROS VAISSEAUX CORRESPONDANT A CHACUNE D'ELLES. Il admet, enfin, un défaut de développement généralisé à tous les canaux sanguins.

Cette communication a été suivie d'une discussion quelque peu obscure en raison des interprétations diverses données à l'expression de dextrocardie et aux mots : cœur droit et cœur gauche. Je vais tâcher d'éviter ces causes de confusion et résumer la discussion telle que j'ai pu la comprendre en étudiant le compte rendu sténographié transmis à la *Wien. med. Blætt* (1888, n° 6) et en le traduisant au fur et à mesure à l'aide de dessins schématiques.

Le professeur Bamberger, — tout en opposant les observations de Rokitansky, Fœrster, etc., à l'opinion de Schrœtter, qui met en doute d'une manière à peu près exclusive tous les cas de dextrocardie, — admet qu'il s'agit ici d'une *simple translation*

---

sivement à la race humaine : « Au Brésil, Spix a vu une femelle de *Stentore Niger* qui, blessée d'un coup de feu, rassembla ses dernières forces pour lancer son petit sur des rameaux voisins; puis, ce devoir maternel rempli, elle tomba de l'arbre et expira. » Un autre fait semblable encore plus touchant est cité après celui-là. Puis, plus loin, dans un autre ordre d'idées, nous trouvons le tableau suivant, qui semble appartenir à la nature humaine : « J'ai assisté, non sans un vif intérêt, dit Franklin, à l'accouchement d'une macaque. A peine l'enfant était-il né, qu'on introduisit dans la chambre d'autres femelles de la même espèce de singes. Ce fut une scène touchante. Les femelles prirent, les unes après les autres, le nouveau-né, l'embrassèrent, se le passèrent à la ronde, en le couvrant de caresses, et s'approchèrent doucement de la mère, comme pour la féliciter de son heureuse delivrance. J'aurais voulu qu'il y eût là des femmes; car rien n'était plus moral ni plus édifiant que cet hommage rendu par des animaux à la maternité, à l'enfance, aux sentiments sacrés de la famille. » Toutefois, ce qui est moins respectable, c'est que, dans les hordes animales, d'ordinaire, les infirmes, les blessés, sont expulsés, abandonnés, comme il arrive aussi dans les sociétés humaines primitives. Parfois même les mères se rendent coupables d'infanticides. « Dans les hordes de singes anthropomorphes, soumises d'habitude à un vieux mâle, ce dernier ne conserve le pouvoir qu'à la condition de l'imposer. Un beau jour, les jeunes se rebellent et assassinent le maître. » Les sociétés humaines agissent-elles autrement?

De ces généralités instructives, qui remplissent les trois premières leçons de notre confrère, et dont nous avons pu seulement indiquer quelques traits, il découle une

du cœur, sans interversion de ses cavités respectives. Il insiste d'abord sur l'interprétation des phénomènes stéthoscopiques et approuve le diagnostic de sténose du cône pulmonaire, en faisant observer que les vibrations communiquées par l'artère pulmonaire à l'aorte, d'où elles se transmettent sans intermédiaire à la carotide gauche, expliquent la prédominance du souffle vasculaire à gauche.

Quant au *renforcement du deuxième bruit de la base,* qui semble contredire l'hypothèse d'une sténose du cône pulmonaire (aussi bien d'ailleurs que celle d'une sténose aortique), il l'explique en supposant une persistance du canal artériel ayant permis à une portion du sang lancé dans l'aorte de venir distendre les parois de l'artère pulmonaire au niveau des sigmoïdes (dont la fermeture serait rendue plus sonore en raison de l'élargissement du calibre de l'artère) et de déterminer, en outre, au-dessus d'elles un excès de pression conforme à l'accentuation du claquement de ces valvules. Il explique en même temps, à l'aide de cette hypothèse, la diminution de la tension dans tout le système artériel sans rétrécissement aortique et sans arrêt de développement généralisé aux canaux sanguins, comme celui qu'a signalé Virchow chez des chlorotiques. — Puis, pour interpréter l'*atténuation des symptômes*, il admet un élargissement graduel du canal artériel. C'est enfin à une échappée compensatrice, à travers le trou de Botal supposé encore ouvert aujourd'hui, que le professeur Bamberger attribue l'*absence de tout signe d'hypertrophie* consécutive à la sténose immuable du cône pulmonaire.

Combattant ensuite le diagnostic du docteur Gruss, qui admet une interversion des gros vaisseaux issus du cœur, il déclare :

1° Qu'une interversion des troncs artériels (sans interversion des troncs veineux et sans interversion des cavités cardiaques) est incompatible avec la vie; car il y aurait : à droite, un cœur veineux recevant les veines caves, mais se déversant dans l'aorte ; et, à gauche, un cœur artériel recevant les veines pulmonaires, mais se déversant dans l'artère pulmonaire.

2° Qu'une interversion des troncs artériels, en même temps que des troncs veineux, est extrêmement rare puisqu'elle n'a été signalée que dans un cas observé par Fœrster, mais qu'elle n'implique aucun désordre parce qu'elle suppose : à droite, un cœur artériel recevant les veines pulmonaires et se déversant dans l'aorte ; à gauche, un cœur veineux recevant les veines caves et se déversant dans l'artère pulmonaire.

3° Qu'une *translation simple* du cœur (sans interversion de ses cavités ni des troncs correspondants) lui paraît l'hypothèse la plus vraisemblable dans le cas en question, parce qu'ici le souffle lui semble plus accusé à gauche, tandis que, dans un autre cas

---

psychologie animale fort précieuse pour l'auteur, car elle vient se placer à côté de la psychologie humaine, qu'elle éclaire, et il s'en autorise pour émettre cette formule hardie : « Tous les sentiments primordiaux de ce qu'on appelle l'âme humaine se retrouvent chez l'animal. »

(*A suivre.*) Dr G. Richelot père.

Pommade calmante. — De Sinéty.

Extrait de belladone	ââ	3 grammes.
Extrait d'opium		
Onguent napolitain		30 —

Mêlez. — Dans le cas de névrite aiguë, on frictionne le ventre pendant dix minutes, avec 15 grammes environ de cette pommade. De plus, on administre l'opium à l'intérieur, ou la morphine en injections hypodermiques. — Au début de la maladie, si la fièvre et la douleur sont intenses, on peut recourir à une application de sangsues sur le ventre. — Les bains complets, tièdes, prolongés deux et trois heures, constituent un puissant moyen de sédation. — La glace contenue dans un sac de caoutchouc, ou introduite en petits morceaux dans des cataplasmes, trouve aussi son indication. — S'il existe de la constipation, remplacer l'opium par le chloral, et prescrire des laxatifs.

N. G.

©BIU Santé

de dextrocardie compliquée de rétrécissement aortique, le souffle lui a semblé plus accusé à droite, ce qui l'engage à supposer dans ces deux cas le tronc pulmonaire dirigé en avant et à gauche, le tronc aortique en arrière et à droite, ainsi qu'à l'état normal.

Le professeur Kundrat répond n'avoir observé une translation simple du cœur que chez des monstres présentant deux cœurs dans le même péricarde ou chez des sujets offrant une transposition totale des viscères, et ajoute quelques réflexions qui peuvent se résumer dans les propositions suivantes :

a) En raison du mode de développement du cœur, sa pointe ne saurait être dirigée à droite sans qu'un ploiement de l'organe mette obstacle à la circulation (à moins d'une interversion des deux cavités cardiaques).

b) En raison de l'asymétrie présidant à la formation des gros troncs veineux qui s'abouchent dans le vestibule, l'interversion des cavités cardiaques entraîne de telles anomalies de développement du cœur et des vaisseaux qu'une interversion intégrale du cœur, formé alors (comme celui qu'a signalé Fœrster) d'une cavité droite artérielle et d'une cavité gauche veineuse, munies chacune des vaisseaux correspondants, doit être d'une extrême rareté.

c) Enfin, une interversion des cavités cardiaques et des troncs veineux, sur laquelle se grefferait une transposition des troncs artériels (de telle sorte que l'aorte se trouve en avant et se dirige à droite, et que l'artère pulmonaire se trouve en arrière et se dirige à gauche) n'est pas incompatible avec la vie, si cette *transposition des troncs artériels est corrigée* par l'obliquité de la cloison qui laisserait l'orifice aortique à sa droite dans la cavité artérielle, et l'orifice pulmonaire à sa gauche dans la cavité veineuse.

Dans ce dernier cas il n'y aurait, entre l'artère pulmonaire et l'aorte, qu'une transposition purement topographique, sans interversion fonctionnelle, comme l'a fait remarquer le professeur Bamberger, puisque le sang artérialisé se déverserait dans l'aorte et le sang veineux dans l'artère pulmonaire.

Il me semble ressortir de cette discussion que, chez la jeune femme en question, la pointe du cœur fonctionnant très nettement à droite conduit à supposer, malgré la rareté de ces cas, une interversion des cavités cardiaques et des abouchements veineux correspondants avec interversion des deux troncs artériels ou avec transposition purement topographique de ces deux mêmes troncs.

Il me paraît admissible aussi que la sténose du cône pulmonaire (relativement peu compromettante avant l'établissement de la respiration) ait favorisé après la naissance le transit d'une partie du sang de l'aorte dans l'artère pulmonaire sous l'influence d'un appel respiratoire susceptible de renverser dans le canal artériel le sens du courant fœtal. Cette hypothèse serait compatible, à la fois, avec l'existence du souffle systolique de la sténose du cône pulmonaire, et avec la faiblesse de la tension artérielle malgré l'excès de la tension aortique qui, au-dessous de l'origine du canal artériel, se traduit par le renforcement du deuxième bruit. L'atténuation progressive des symptômes, et notamment de la cyanose, pourrait résulter d'un agrandissement de la cavité veineuse du cœur (sans dépasser les limites normales), puis d'un rétrécissement consécutif du canal artériel, peut-être enfin d'un transit compensateur, progressivement amoindri aussi, à travers le trou de Botal.

Il convient, en terminant, de faire quelques réserves à l'égard de la sténose du cône pulmonaire, car le souffle systolique de la base pourrait être attribué simplement à la colonne sanguine qui, traversant le canal artériel, vient se mêler à l'ondée systolique dans l'artère pulmonaire et qui peut transmettre ses vibrations jusqu'aux carotides.

Dr G. Schlemmer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 27 février 1888.

Anatomie générale des sinus veineux des ganglions sympathiques, par M. Ranvier. —

Les vaisseaux sanguins des ganglions sympathiques présentent chez les mammifères une disposition qui n'a pas encore été décrite.

Les artères de ces ganglions, de même que celles des cordons sympathiques, sont petites; elles se divisent et se subdivisent, pour se perdre dans un réseau capillaire dont les mailles assez larges contiennent plusieurs cellules ganglionnaires.

Les veines présentent un calibre relativement considérable; elles sont tortueuses, variqueuses, plexiformes, et se terminent par des culs-de-sac dans lesquels se jettent quelques-unes des branches efférentes du réseau capillaire. Les autres de ces branches se rendent à d'autres points du plexus veineux.

Le développement si considérable de l'appareil veineux des ganglions sympathiques rappelle la disposition bien connue des sinus de la dure-mère.

Quant aux vaisseaux lymphatiques, les cordons et ganglions sympathiques n'en possèdent pas. Sous ce rapport, ils ne diffèrent pas des autres nerfs et des autres ganglions.

Propriétés biologiques et atténuation du virus de la pneumo-entérite du porc, par MM. Cornil et Chantemesse. — Dans une précédente communication, nous avons fait connaître l'existence et l'étiologie d'une pneumo-entérite des porcs observée dans les environs de Paris, semblable à celle qui a été désignée par Schütz et Lœffler, sous le nom de schweine-seuche, et par Salmon successivement sous le nom de swine-plague et de cholera-Hog.

Nous avons étudié depuis la symptomatologie et l'étiologie de l'épizootie de Marseille, qui a fait des ravages considérables dans l'espèce porcine.

Le micro-organisme, que nous avons isolé du virus des porcs de Gentilly, se cultive à la température de 18° à 45° sans produire de spores. Ces cultures, en effet, meurent lorsqu'elles sont chauffées un quart d'heure à 58°.

La *dessication* ne détruit que très difficilement ce virus. Deux gouttes de culture étalées dans un tube de verre stérilisé, desséchées rapidement et maintenues à 20° pendant quinze jours, sont encore fertiles lorsqu'on les sème dans un milieu nutritif.

La *congélation* des cultures ne les tue pas.

Ce microbe se cultive et se reproduit très facilement dans l'*eau stérilisée* qui le renferme à l'état vivant pendant plus de quinze jours.

Pour essayer l'action des *antiseptiques* sur ce virus, nous avons ajouté à une quantité donnée de culture virulente dans du bouillon une quantité égale d'une solution antiseptique à étudier.

Nous faisions ensuite avec ce mélange des ensemencements sur différents milieux, au bout de quelques minutes, d'un quart d'heure et d'une heure.

Les solutions aqueuses saturées de sulfate de fer, de chlorure de zinc, d'eau de chaux, d'acide picrique, d'ammoniaque, de naphtol et de sel marin n'ont aucune action après une heure de contact.

L'essence de térébenthine, le sublimé à 1 p. 1000 seul ou additionné de 5 p. 1000 d'acide chlorhydrique, le bi-iodure de mercure à 1/2 p. 1000 additionné de 5 grammes d'acide tartrique p. 1000, l'acide phénique à 1 p. 40, l'acide salicylique à 1 p. 1000, les acides sulfurique, nitrique, chlorhydrique à 1 p. 100 ne détruisent pas sa vitalité après une heure de contact.

L'alcool absolu et la solution de sulfate de cuivre à 1 p. 5 arrêtent tout développement au bout d'une heure. L'acide oxalique en solution aqueuse saturée, la soude caustique, l'iodoforme en solution alcoolique saturée, les acides nitrique, chlorhydrique et sulfurique tuent ce micro-organisme en un quart d'heure.

Les vapeurs de chlore détruisent le virus en moins d'une heure.

Le sublimé à 1 p. 1000, agissant en dehors d'un milieu albuminoïde, sur des cultures développées à la surface de la pomme, les stérilise en deux minutes. Mais nous devons faire remarquer que ce microbe, considéré comme agent de contagion, est presque toujours protégé contre le sublimé par les substances albuminoïdes qui l'entourent.

Aussi, de toutes les substances antiseptiques, celle qui nous a paru la plus efficace et que nous recommandons consiste dans le mélange suivant : eau, 100 grammes; acide

©BIU Santé

phénique, 4; acide chlorhydrique, 2. Si on l'ajoute en parties égales à une culture virulente, celle-ci est stérilisée en moins d'une minute.

Pour obtenir une atténuation du virus, nous avons fait agir simultanément l'air et la chaleur. Nous avons cherché une température qui surpassât un peu la température de son développement normal. Nous cherchions à obtenir des modifications lentes pour qu'elles fussent durables. Nous avons choisi la température de 43 degrés en faisant des réensemencements fréquents des cultures.

Au bout de trente jours de chauffage constant, les cultures paraissent n'avoir perdu aucune de leurs qualités virulentes. Elles offrent, cependant, cette particularité de ne plus donner de manière colorante sur la pomme de terre. Ensemencées dans des milieux favorables laissés à l'étuve, elles donnent des cultures filles qui tuent en quelques jours les cobayes et les lapins. Les animaux meurent avec une infiltration de sang et de fibrine au lieu d'inoculation, des noyaux de broncho-pneumonie, des plaques ûbrineuses sur le foie, la rate, une diarrhée abondante et des lésions des reins. Le sang, l'urine contiennent beaucoup de microbes. Il en est de même après cinquante-quatre jours de chauffage.

Après soixante-quatorze jours, le virus est notablement modifié. Ses cultures se développent avec les mêmes caractères morphologiques, mais elles ne tuent pas toujours les lapins.

Il apparaît au bout de deux ou trois jours, au point inoculé, une tuméfaction accompagnée de rougeur; la peau se perfore, laisse échapper un magma caséeux et la plaie se cicatrise. Quelquefois, cependant, les animaux finissent par succomber avec une infection chronique liée à la présence du micro-organisme dans le sang.

Au bout de quatre-vingt-dix jours de chauffage, l'atténuation est suffisante pour que le virus ne tue plus les cobayes et ne leur donne qu'un abcès sous-cutané; les lapins ne présentent même pas toujours cette lésion locale. Les cultures filles de ce virus se développent très bien et transmettent héréditairement leurs qualités.

Avec ces virus atténués, il est facile de donner au cobaye et au lapin l'immunité contre le microbe virulent. Un cobaye qui a reçu 1/2 centimètre cube d'une culture de quatre-vingt-dix jours dans le tissu cellulaire présente une tuméfaction qui se remplit de pus caséeux et se vide; quelques jours plus tard, une même dose de culture de soixante-quatorze jours produit les mêmes effets. Désormais, l'animal résiste au virus de cinquante-quatre jours et enfin au virus le plus virulent.

Nous avons commencé depuis deux mois des expériences sur la vaccination des porcs, dont nous communiquerons bientôt les résultats.

— M. Domingos Freire, en réponse à la dernière communication de M. P. Gibier, a écrit qu'il maintenait ses assertions sur l'existence du microbe de la fièvre jaune; il invoque le témoignage de divers observateurs qui ont vu et isolé comme lui ce microbe.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de février 1888.

Mercredi 1er février. — M. Gaillon : Du carcinome latent de l'estomac et du carcinome à forme fruste. Etude clinique et chimique. (Président, M. Damaschino.) — M. Gérard : Des injections vaginales chaudes prolongées dans le traitement des péritonites chroniques. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 2. — M. Mayville : Traitement de certaines hernies dites irréductibles. (Président, M. Lefort.) — M. le Roy de Langevinière : Des températures morbides de l'estomac et de leur interprétation clinique. (Président, M. Peter.) — M. Plessard : Contribution à l'étude de l'hémianesthésie saturnine. (Président, M. Peter.)

Du mardi 3 au lundi 6. — Pas de thèse.

Mardi 7. — M. Girode : contribution à l'étude de l'intestin des tuberculeux. (Président, M. Brouardel.) — M. Cahn : De la marche de la fièvre typhoïde chez les paludéens. (Pré-

sident, M. Brouardel.) — M. Toché : Etude sur deux cas d'endothéliome du cervelet. (Président, M. Cornil.)

Mercredi 8. — M. Gioux : Insuffisance des muscles de l'œil. (Président, M. Guyon.) — M. Thyssen : Contribution à l'étude de l'hystérie traumatique. (Président, M. Charcot.) — M. Brionn : Contribution à l'étude de l'uréthrocèle vaginale. (Président, M. Lannelongue.) — M. Bosselut : Contribution à l'étude de la méningite tuberculeuse chez les enfants âgés de moins de deux ans. (Président, M. Damaschino.) — M. Despréaux : Currettage utérin. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 9. — M. Neiret : Etude sur Hermann Boerhave. (Président, M. Laboulbène.) — M. Arrivot : Séméiologie médicale des doigts. (Président, M. Peter.)

Vendredi 10. — M. Jeanselme : Dermites et éléphantiasis. (Président, M. Fournier.) — M. Saint-Laurens : Traitement des plaies traumatiques de l'estomac et de l'intestin. (Président, M. Fournier.)

Samedi 11. — M. Dufossé : Etude sur la narcolepsie. (Président, M. Ball.) — M. Magé : Rétrécissement mitral pur. (Président, M. Proust.) — M. Mosnay : De la phlegmatia alba dolens dans la chlorose. (Président, M. Proust.)

Du lundi 13 au jeudi 16. — Pas de thèse.

Vendredi 17. — M. Bouvier : Essai sur la chondrite et la périchondrite dans la syphilis secondaire. (Président, M. Lannelongue.) — M. Cazalis : De l'accouchement par le front. (Président, M. Lannelongue.)

Du samedi 18 au mercredi 22. — Pas de thèse.

Jeudi 23. — M. Houdet : Quelques considérations médicales sur l'escadre de l'amiral Courbet. (Président, M. Brouardel.) — M. Mabs : Etude séméiologique du délire hypochondriaque. (Président, M. Ball.) — M. Rebillaud : Du traitement des végétations des organes génitaux externes. (Président, M. Le Fort.) — M. Moreau : Du décollement prématuré du placenta inséré normalement pendant les trois derniers mois de la grossesse. (Président, M. Tarnier.)

Vendredi 24. — M. Blocq : Des contractures. (Président, M. Charcot.) — M. Riocreux : Syphilis, hérédité paternelle. (Président, M. Fournier.)

Samedi 25. — M. Pons : De quelques considérations sur le traitement de la tuberculose pulmonaire. Injections hypodermiques d'eucalyptol. (Président, M. Ball.) — M. Lamy : Du vomissement utérin en dehors de la grossesse. (Président, M. Ball.) — M. Leconte Marcel : La résorcine en médecine. (Président, M. Ball.)

Lundi 27 et mardi 28. — Pas de thèse.

Mercredi 29. — M. Hischmann : Intoxications et hystérie. (Président, M. Potain.) — M. Morin : Contribution à l'étude clinique de la fièvre syphilitique. Typhose syphilitique. (Président, M. Fournier).

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Longévité. — Le *Boston med. and surg. Journal*, du 9 février 1888, rapporte la mort, à l'âge de 115 ans, à Constantinople, d'un Français qui avait été l'ami de Marat, de Danton et de Robespierre.

Prix Gari sur le sujet de la blennorrhagie. — L'Académie royale de médecine et de chirurgie de Barcelone fait savoir que le prix Gari, de la valeur de 1,500 francs, sera décerné l'année prochaine. Le sujet du concours est la *Pathogénésie* de la blennorrhagie : formes cliniques de la maladie, en insistant spécialement sur les cas de longue durée et sur les cas à répétition; affections concomitantes et consécutives; traitement prophylactique et curatif. Des pièces démonstratives, des observations devront être jointes aux mémoires. Ceux-ci seront envoyés, non signés, dans les formes d'usage, écrits soit en espagnol, en français ou en italien, à l'Académie (*Banos Nuevos*, n° 9, Barcelona), avant le 30 juin 1889. — R.

©BIU Santé

COURRIER

Le Conseil général des Facultés de Paris a autorisé, dans sa séance de lundi dernier, à professer des cours libres pendant le second semestre de l'année scolaire 1887-1888, à la Faculté de médecine : MM. les docteurs Bouloumié, sur la thérapeutique hydro-minérale ; Despagnet, sur les maladies des yeux ; Fournel, sur l'obstétrique, et Bérillon sur l'hypnotisme.

Faculté de médecine de Paris. — Les exercices pratiques de médecine opératoire commenceront le jeudi 15 mars 1888, sous la direction de M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques. Ils auront lieu dans les pavillons de l'Ecole pratique, tous les jours, de une heure à quatre heures.

Ces exercices sont obligatoires pour les étudiants de quatrième année. Pour prendre la seizième inscription, ces étudiants doivent avoir pris part à ces exercices. Les étudiants pourvus de seize inscriptions, les docteurs français et étrangers peuvent être autorisés à y prendre part. Les conditions d'admission sont les suivantes :

1° Les élèves de quatrième année sont inscrits sur la présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits afférents à l'inscription de janvier 1888 (quatorzième inscription). — 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 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 1887-1888. Ces élèves seront admis sur présentation de la quittance à souche constatant le paiement des droits réglementaires (40 francs). — 3° Les élèves obligés devront se faire inscrire à l'Ecole pratique (bureau du chef du matériel), de midi à quatre heures, jusqu'au 10 mars. Après cette date, nul ne pourra être admis. — 4° MM. les docteurs et les élèves non obligés se feront inscrire dès qu'ils auront reçu l'autorisation nécessaire.

— M. Peyron soutiendra devant la Faculté des sciences de Paris, le jeudi 8 mars 1888, à trois heures, pour obtenir le grade de docteur ès sciences naturelles, deux thèses intitulées : 1° Recherches sur l'atmosphère interne des plantes ; 2° De l'action toxique et physiologique de l'hydrogène sulfure sur les animaux.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer de M. le docteur Bellet, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Pontorson.

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte**. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Bulletin bibliographique.

Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, publié sous la direction de M. le docteur Dechambre (jusqu'en 1885), actuellement, de M. le docteur Lereboullet, avec la collaboration d'un très grand nombre de professeurs, de médecins et chirurgiens des hôpitaux civils et militaires de la marine. — 1re série, t. XXXV (2e partie) et t. XXXVI complet (fin de la première série). — 2e série, t. XXIV (2e partie) et t. XXV complet. — 3e série, t. XVIII (1re partie). — 4e série, t. XIII (2e partie) et t. XIV (1re partie). — 5e série, t. II (2e partie). — Prix de chaque demi-volume : 6 fr.

Cet ouvrage se trouve chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. JACCOUD : Quelques remarques sur la colique hépatique et la lithiase biliaire. — II. H. STAPFER : Revue trimestrielle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — IV. FORMULAIRE. — V. NOUVELLES de l'étranger. — VI. COURRIER. — VII. FEUILLETON : L'évolution de la morale.

Clinique médicale de la Pitié. — M. le professeur JACCOUD.

Quelques remarques sur la colique hépatique et la lithiase biliaire.

Une erreur trop répandue consiste à regarder la lithiase biliaire comme une affection bénigne, incapable de menacer l'existence à aucun moment de son évolution. Les faits démentent assez souvent cette idée préconçue, pour qu'il y ait intérêt à bien connaître les signes par lesquels se révèle la maladie, les suites qu'elle peut avoir, le traitement qu'elle exige.

Parmi les diverses modalités de la lithiase biliaire, la plus fréquente est certainement la colique hépatique, dont l'ictère passe bien à tort pour un symptôme constant, avec la douleur et les vomissements. La douleur existe toujours, avec son point de départ dans le flanc droit et ses irradiations scapulaires. Les vomissements sont très fréquents, surtout si, comme c'est la règle, l'accès éclate deux heures après le repas : ils sont successivement alimentaires, muco-bilieux et bilieux. Quant à l'ictère, il manque souvent, ce qui n'a pas lieu de surprendre, car pour qu'il existe, il faut que le canal hépatique ou le canal cholédoque soit obstrué ; si c'est le canal cystique qui est bouché, il n'y a aucune raison pour que l'ictère se développe ; l'anatomie du foie explique suffisamment cette différence.

FEUILLETON

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE. — L'ÉVOLUTION DE LA MORALE, par Ch. LETOURNEAU, président de la Société d'anthropologie, professeur à l'Ecole d'anthropologie (1).

Après avoir ainsi préparé son terrain, l'auteur y met le pied résolument. Mais il nous est impossible de suivre pas à pas un exposé si nourri de faits, d'idées, de discussions approfondies. Contentons-nous de quelques points de vue.

L'auteur, pour rendre palpable à nos yeux la marche de l'humanité dans ses efforts progressifs de civilisation, l'a divisée en quatre phases, à chacune desquelles répond une morale caractérisée par un aspect et une allure propres, au moins en général : la morale bestiale, la morale sauvage, la morale barbare, la morale industrielle ou mercantile.

En abordant la première, il s'écrie : « L'homme n'est pas *un dieu tombé, qui se souvient des cieux!* C'est un mammifère perfectionné, mais très inégalement, suivant les âges, les contrées et les races. » Pendant cette période, en effet, l'homme sent, pense et agit comme les mammifères qui lui sont le plus voisins ; sa morale diffère à peine, par exemple, de celle du chimpanzé. Ses mœurs ne sont pas « un calque de celles des

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

©BIU Santé

L'absence de fièvre est la règle dans la colique hépatique ; mais cette règle n'est pas absolue. Il est certain que la fièvre peut exister momentanément pendant l'attaque, et ce fait, exceptionnel du reste, est susceptible de causer une erreur de pronostic, car chacun sait qu'il n'est pas rare d'observer, quelques jours après la colique, une fièvre rémittente, ou plus souvent intermittente, sous forme d'accès vespéraux, et qu'elle est alors due à une inflammation des canaux biliaires, à une angiocholite secondaire ; or, on pourrait croire au développement de cette inflammation si on observait la fièvre pendant la colique elle-même, et si on n'était pas prévenu qu'elle peut alors survenir en dehors de toute complication.

La lithiase biliaire peut exister sans colique hépatique, et cela est même assez fréquent. Dans certains cas, elle donne lieu à quelques symptômes qui ne sont pas ceux de l'accès ordinaire : sensation de pesanteur habituelle dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, sans douleur réelle ; difficulté à peu près constante des digestions, qui s'accompagnent de tympanisme dans les premières heures qui suivent les repas ; constipation habituelle, presque opiniâtre. Ce sont, on le voit, les symptômes connus de la dyspepsie flatulente : mais ici, celle-ci même n'est qu'un symptôme qu'il importe de rapporter à son point de départ.

Dans un troisième groupe de cas, la lithiase biliaire est absolument latente, ne donne lieu à aucune manifestation extérieure, et cette absence de symptômes peut durer longtemps : puis un jour, sans douleur prémonitoire, sans vomissements, le malade est jaune à son réveil ; il s'est fait une obturation du canal cholédoque, dont cet ictère peut rester le seul signe pendant une période plus ou moins longue.

Quelle que soit sa modalité, les suites possibles de la lithiase biliaire sont nombreuses et graves. C'est d'abord l'angiocholite secondaire, qui est fréquente, et qui, se renouvelant ordinairement un certain nombre de fois, amène une dilatation des canalicules intra-hépatiques, laquelle aboutit à une compression du parenchyme du foie, et parfois, comme conséquence ultime, à l'ictère grave.

---

bêtes ; ce sont ces mœurs bestiales elles-mêmes », mais plus révoltantes, car les chimpanzés ne se mangent pas entre eux, et, en général, les animaux ne sont pas aussi cruels que l'homme pour leurs femelles. L'anthropophagie est un des caractères de cette époque. L'homme est un gibier pour l'homme ; les femmes, les enfants, les inférieurs sont souvent ce que sont chez nous les animaux de boucherie. On engraisse des hommes pour les manger ! Et, ce qui serait comique, si la chose était moins horrible et repoussante, « les fesses, considérées comme morceaux de choix, étaient la part des prêtres ; les pieds, les mains, les côtes revenaient aux chefs. » On lira avec intérêt les explications relatives à la diminution graduelle de l'anthropophagie. On voit que le mépris de la vie humaine était absolu, on peut dire bestial. L'infanticide avait un libre cours, et des tueurs d'enfants exerçaient publiquement leur métier. Si les femmes des chefs refusaient de s'étrangler à la mort de leurs maris, malgré les *tendres supplications* de leurs fils, ceux-ci avaient pour devoir de les étrangler de leurs mains filiales ; singulières vertus de la famille, que nous ne pensons pas que les bêtes aient pratiquées, si ce n'est dans de rares exceptions. Ce qui rapproche surtout l'homme de la bête, c'est l'absence complète de pudeur. « Pas plus que le singe et les autres animaux, l'homme primitif n'attache la moindre idée de honte ni à la nudité, ni à la satisfaction publique des besoins génésiques. » Toutefois, quelques sentiments moraux venaient parfois relever l'homme. Ainsi, certains de ces êtres primitifs avaient des égards et de la considération pour les infirmes et pour les vieillards. Ce qui est curieux, c'est que, d'après l'auteur, la notion de la propriété a pour origine la propriété de la femme.

Dans d'autres cas, l'angiocholite tue parce qu'elle suppure : à l'autopsie, on trouve tous les canaux biliaires remplis de pus et de sable.

Ce n'est pas tout. A chaque attaque de colique hépatique, le malade est exposé à l'oblitération définitive du canal cholédoque, qui, nous l'avons vu, peut encore survenir sans colique préalable, dans le cours de la lithiase biliaire latente. Si, au bout de six semaines ou deux mois, on voit l'ictère persister, et même s'accentuer, on peut redouter cette oblitération définitive, laquelle laisse vivre au maximum trois ans, et encore à condition qu'il n'existe pas de complications : celles-ci peuvent rendre la survie moins longue. La mort arrive dans le marasme, parce que l'économie ne peut supporter le déficit causé par l'absence complète de bile dans l'intestin.

Conclusions pratiques : si la fièvre qui accompagne exceptionnellement la colique hépatique elle-même n'est pas redoutable, il n'en est pas de même pour celle qui succède à l'attaque, et dont il faut toujours se méfier, surtout si elle se répète plusieurs jours de suite, parce qu'elle indique une angiocholite secondaire qui peut avoir des conséquences mortelles, ictère grave ou suppuration ; — en présence d'une attaque de colique hépatique, le pronostic doit toujours être réservé parce qu'on n'est jamais sûr qu'elle n'aboutira pas soit à cette angiocholite, soit à l'oblitération définitive du canal chalédoque ; — la lithiase biliaire n'évolue pas toujours bruyamment, mais se révèle parfois uniquement par les symptômes d'une dyspepsie flatulente à l'origine de laquelle il faut remonter, et peut-être même rester complètement latente, jusqu'à ce qu'un ictère persistant s'établisse ; — c'est une affection beaucoup moins bénigne qu'on ne le croit généralement, et dont les conséquences possibles doivent toujours être présentes à l'esprit. Aussi faut-il la traiter sérieusement et avec persévérance, par les moyens classiques : abstinence de graisses, de féculents, de ragoûts, d'épices ; exercice au grand air ; usage des eaux alcalines, Carlsbad, Vichy, Marienbad, Ems, Royat, Vittel, Contrexéville. Dans certains cas où les moyens ordinaires avaient échoué, M. Jaccoud a vu réussir le remède de

---

La seconde phase morale, celle de la morale *sauvage*, est caractérisée par l'institution de l'esclavage. C'était un progrès sur le cannibalisme, qui cessa de donner son cachet à la civilisation, bien qu'il ne se soit éteint que très lentement et d'une manière incomplète. L'esclavage n'annonçait pas des mœurs plus douces, mais il dénotait plus d'intelligence. L'esclave devient l'objet d'un important commerce et joue même le rôle d'unité monétaire; les enfants eux-mêmes sont traités comme une marchandise. Mais l'humanité conserve en grande partie la brutalité primitive; la vie humaine n'est pas plus respectée. « Les mœurs confèrent au chef, au maître, à l'homme, au père, un droit de propriété à peu près absolu sur le sujet, l'esclave, la femme et les enfants. » On voit, dans cette même période, se former des classes superposées, et, par suite, la morale varier avec la position sociale.

Des pages intéressantes à lire sont celles où l'auteur expose la genèse des instincts serviles et l'origine de la puissance monarchique. Les détails sont abondants; nous en détacherons l'ignoble scène qui consistait, pour s'approcher des rois, à se dépouiller, à ramper sur le ventre, dans la poussière, en poussant de petits aboiements..... La doctrine était celle-ci : « Tu es mon chef et je suis ton chien! » Comme le fait remarquer l'auteur, on dirait que l'homme, dès qu'il est sorti de la bestialité, n'a rien de plus pressé que d'organiser la servitude sociale. Ce qui est amusant, c'est de voir les veuves des princes défunts vendues à la criée par les successeurs, quand elles sont vieilles et laides, et les sujets les acheter à un haut prix par point d'honneur et parce qu'il est toujours glorieux de succéder à un roi! Ce qui est triste, c'est le récit horrible des funé-

©BIU Santé

Durande, dans lequel l'essence de térébenthine est associée à l'éther : on peut aussi employer exclusivement l'un ou l'autre des deux composants ; l'essence de térébenthine, à la dose quotidienne de 4 à 6 capsules, est alors préférable à l'éther seul. — P. D.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — NOVEMBRE ET DÉCEMBRE 1887.

Le col et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement, par H. VARNIER. — Nous avons déjà parlé à plusieurs reprises de cet important mémoire. Nous continuons à en extraire ce qui offre un intérêt pratique.

Rappelons en deux mots que, dans le fond, il s'agissait de prouver par les faits anatomiques et cliniques que le segment inférieur s'étendait en s'amincissant à la fin de la grossesse et pendant le travail, et que cette portion du corps de l'utérus, en apparence distincte du reste de l'organe dont elle est séparée par une sorte d'anneau, avait été prise par erreur pour la partie supérieure du col allongée et effacée dans les derniers mois de la gestation.

Après l'accouchement, l'utérus peut également être divisé en trois segments : le col, le segment inférieur, le corps proprement dit. Le col mesure, comme à la fin de la grossesse, de 3 à 5 centimètres. La limite supérieure est marquée par celle de la muqueuse cervicale qui indique la place de l'orifice interne.

Au-dessus du col et se continuant avec lui sous forme d'un sac mou de longueur variable à paroi plus mince, est le segment inférieur, tout affaissé sur lui-même, et séparé du corps proprement dit, dur, contracté, à parois épaisses de 4 centimètres. L'anneau de Bandl qui le limite inférieurement, et qui avait été faussement pris pour l'orifice interne du col, est à 7, 10 ou 12 centimètres au-dessus de l'orifice externe. Par les caractères de la muqueuse qui le recouvre et par la texture de sa paroi, le segment inférieur *appartient manifestement au corps de l'utérus et non pas au col.*

Au point de vue physiologique, l'utérus, après l'accouchement, est divisé en deux

---

railles de la mère du roi de l'Achanti ; c'est la férocité de ces sauvages qui appâtaient avec des enfants les trappes à prendre les lions ; et tant d'autres faits de même nature ! Quant à la moralité sexuelle, on en trouve un échantillon dans les réjouissances qui eurent lieu, à Madagascar, en l'honneur de la fille de Radama, et pendant lesquelles les rues furent, dit l'auteur anglais, *one great brothel*. L'humanité n'est pas encore, de nos jours, délivrée de l'influence profonde qu'ont exercée sur elle « les déplorables effets de l'éducation servile, à laquelle le genre humain tout entier a été et est encore en partie assujetti ».

Il est à remarquer que c'est dans cette phase que l'on aperçoit les premiers linéaments d'organisation de la justice.

Dans la troisième phase, celle à laquelle répond ce qu'il appelle la morale *barbare*, l'auteur soumet les siècles de l'antiquité à une analyse profonde, érudite et libérale, en vue de sa grande thèse, et entraîne son lecteur dans un vaste voyage à travers les milieux qui ont été les foyers où s'est élaborée la morale humaine, l'Egypte, les grands empires de l'Amérique centrale, la Chine, les antiques monarchies sémitiques, l'Inde, la Grèce, Rome, en signalant ce fait intéressant que les premiers pas de la morale ont été les mêmes dans le Pérou et dans l'ancienne Egypte. Et il nous amène au quatrième stade de l'éthique, celui de la morale qu'il semble flétrir, à tort, nous le croyons, par cette désignation *industrielle ou mercantile*. Là, il remet sous nos yeux toute la morale des âges modernes et de notre temps.

portions : l'une molle, flasque, à parois minces, *paralysist*, disent les Allemands, comprend le col et le segment inférieur; l'autre dure, contractile, à parois épaisses, comprend tout ce qui est au-dessus de l'anneau de Bandl.

M. Varnier, à propos de la délivrance, étudie le mode d'engagement du placenta. Baudelocque avait soutenu que le placenta s'offre d'ordinaire par sa face fœtale, le centre du disque correspondant à l'orifice du col ou à peu près. M. Duncan a soutenu que Baudelocque avait été guidé par l'imagination et non pas la clinique, et que le placenta s'engageait d'ordinaire par ses bords. Si par exception il s'engage par la face fœtale, c'est que l'on a tiré sur le cordon.

Jusqu'à présent on n'avait pu objecter à M. Duncan que des observations cliniques. Sur 60 cas observés avec le plus grand soin, disait M. Pinard, dans une note communiquée à M. Ribemont en 1883, on a trouvé que le placenta s'était présenté 51 fois par sa face fœtale, 7 fois par son bord fœtal, 2 fois par sa face utérine.

Depuis lors, poursuivant ses recherches sur ce sujet dans son service de Lariboisière, M. Pinard est arrivé aux résultats suivants :

Sur 629 cas, le placenta s'est présenté : 492 fois, par la face fœtale; 97 fois, par un bord; 40 fois, par la face intérieure.

Schrœder avait renversé également la théorie de Duncan. Il avait constaté, par l'introduction de la main dans l'utérus, immédiatement après l'expulsion du fœtus, que, dans l'immense majorité des cas, le placenta se décolle et tombe sur l'orifice entraînant les membranes, suivant le mécanisme de Baudelocque que Schultze a figuré et que Schrœder lui attribuait naturellement.

C'est exceptionnellement, disait-il, que le placenta est expulsé comme le dit Duncan. Malheureusement des deux mécanismes, celui de Duncan que Schrœder déclare exceptionnel, est précisément le seul qu'il ait pu saisir sur le fait dans une pièce anatomique.

Plus heureux que Schrœder, M. Pinard a pu saisir sur le fait le mécanisme de Baudelocque. Une femme, apportée dans le coma éclamptique, mourut dans le service avant la délivrance et *sans qu'aucune traction eût été faite sur le cordon*. La masse placentaire a été retrouvée à l'autopsie, s'offrant par sa face fœtale, suivant le mécanisme de Baudelocque et conformément aux planches de Schultze.

Le placenta, décollé, franchit l'anneau de contraction (anneau de Bandl) et arrive dans le segment inférieur qui, aussi mou que le col, s'était affaissé sur lui-même et se distend, rempli par le disque placentaire.

D'après Schrœder, on doit abandonner à la nature le décollement et l'expulsion de

---

Les deux dernières phases, comme les précédentes, renferment bien des sujets qui méritent toutes nos méditations : L'étude des causes qui rendent si lente la marche de la morale; entre autres, la guerre, « en fait, la bestialité dans toute son horreur » (*Proudhon*), que des intérêts condamnables tendent à perpétuer. Toutefois, il semble, ajouterons-nous, qu'il y ait dans l'air un vent contraire à cette bestialité; c'est la meilleure preuve du progrès des mœurs. — L'action tantôt néfaste, tantôt salutaire des religions; Bouddha prêchant l'égalité fondamentale de tous les hommes et celle de l'homme et de la femme; le rôle de la loi judaïque pour policer et civiliser les populations; le christianisme couvrant l'Europe d'institutions de bienfaisance; et pour faire la part de la superstition, les Parsis appliquant sur la bouche de leurs agonisants la gueule d'un jeune chien chargé de happer au passage l'âme du moribond. — La mission du despotisme lui-même, de la rigide organisation des grandes monarchies primitives, pour assouplir, transformer les races sauvages, pour inculquer le respect de la loi et du souverain, à coups de châtiments et de pénalité, dans la conscience des générations qui nous ont devancés. — Car la civilisation est une éducation, un véritable dressage, et il en est de même pour la moralisation; le dressage chrétien a réussi à rendre notre conscience plus délicate pour les mœurs. — La question du salariat, qui n'est pour l'auteur que le servage déguisé. Il y a dans cette appréciation une exagération évidente. Qu'est-ce que le salaire? « Payement, récompense pour travail ou pour service. » (*Dict. de l'Acad. fr.*) Que peut-il y avoir de commun entre le servage et le travail libre dont la rémunération donne la vie? N'est-ce pas la condition des avocats, des médecins,

©BIU Santé

l'arrière-faix jusqu'au-dessous de l'anneau de contraction. La meilleure conduite à enir est de ne pas toucher à l'utérus tant que le placenta n'est pas dans le segment nférieur.

A ce moment, l'utérus qui jusque-là était large et mou, devint plus dur, plus étroit, sa hauteur augmente un peu, tandis que la portion située au-dessous de l'anneau de contraction bombe.

Le décollement placentaire est accompli; il ne reste plus qu'à pousser le placenta hors du canal génital flasque et de la vulve.

On y arrive très simplement et sans inconvénient, si, à l'aide de la main mise à plat, on exerce une pression légère de haut en bas dans la région de l'anneau de contraction, au-dessous du corps de l'utérus. La pression abdominale suffit parfois pour chasser le placenta.

La pratique de l'école française, dit M. Varnier, nous paraît bien plus rationnelle. Pour intervenir, il faut que, comme le placenta, les membranes soient décollées. Or on n'a, pour croire à un décollement avancé des membranes, d'autres signes que ceux de l'engagement profond du placenta.

Il est donc prudent d'attendre, pour intervenir par tractions et expressions combinées, que le placenta soit en grande partie passé du segment inférieur et du col dans le vagin.

Les faits anatomiques précédemment exposés en expliquent d'autres physiologiques sur lesquels on discute depuis bien longtemps. Cazeaux, étudiant à propos de la délivrance les contractions irrégulières ou spasmodiques de l'utérus, admet, à l'exemple de Stoltz, quatre variétés de spasme utérin : 1° la contraction spasmodique de l'orifice externe du col; 2° celle de l'orifice interne; 3° celle d'une ou de plusieurs portions du corps de l'utérus (enchatonnement), etc.

Pour la première (contraction de l'orifice externe), il fait remarquer que lorsqu'on a eu occasion de remarquer l'état de mollesse, de flaccidité dans laquelle se trouve la partie inférieure du col utérin après l'accouchement, on a peine à comprendre le spasme de l'orifice externe.

Passant alors à la contraction spasmodique de l'orifice interne, Cazeaux dit : C'est celle que M. Guillemot appelle hour-glass. Nous lui empruntons en grande partie l'*excellente* description qu'il en donne. Si l'on porte la main dans les parties génitales, on découvre dans le vagin un col si défiguré qu'il ressemble à une portion flottante du gros intestin; A 12 OU 15 CENTIMÈTRES AU-DESSUS, *le doigt rencontre une espèce d'étranglement, qui est l'orifice interne,* froncé et presque entièrement fermé. Suivant Mme Boivin, le col uté-

---

des écrivains, en un mot de tous ceux qui travaillent, et qui reçoivent une rémunération, c'est-à-dire un salaire? Nous reconnaissons que, dans un trop grand nombre de cas, la récompense n'est pas équitablement répartie; mais évitons de décourager ou d'exciter les travailleurs peu élevés; efforçons-nous d'améliorer leur sort. — Etudes sur les philosophes de l'antiquité, sur les penseurs du dernier siècle et sur les philosophes modernes. — Etc., etc.

Nous ne nous arrêterons pas sur le sujet de la morale industrielle ou mercantile de l'auteur. Il y a trop de choses à dire, et une pareille discussion ne serait pas ici à saplace.

On ne saurait contester l'utilité du livre que nous avons sous les yeux, nous posséderons mieux les origines, les phases premières des civilisations, par toute la terre et dans toutes les races, qui, mal connues encore, sont pourtant les meilleures sources de lumière pour l'intelligence des phases supérieures, qui nécessairement en sont provenues. Il est écrit avec une grande clarté, en style excellent, et l'on y sent un souffle de loyauté et de libéralisme. Sa lecture donne l'impression d'un progrès humain très lent, mais constant, quoique inégal.

La médecine — nous prenons ce mot dans son acception la plus large — la médecine est la plus paternelle des sciences, elle pourrait se dire la première, puisque « la santé est le premier des biens »; la morale lui doit beaucoup. Eh bien, le livre de notre confrère est un éclatant témoignage de la haute utilité de la participation des médecins au progrès de la morale humaine.

Dr G. RICHELOT père.

rin, dans cet état de flaccidité, présente quelquefois 13 à 15 centimètres de longueur sur 11 à 13 de diamètre; au-dessus de cette partie rétrécie se trouve la cavité du corps, dont les parois, embrassant le placenta, sont quelquefois fortement rétractées; d'autres fois, au contraire, dans un état d'inertie plus ou moins complète. La cavité utérine s'est ainsi partagée en deux portions. Lorsque la portion supérieure s'est contractée de toutes parts sur le placenta, ce qui est le cas le plus ordinaire, elle n'offre plus que la moitié du volume de l'organe en totalité. De sorte que le *rétrécissement, quoique siégeant à l'orifice interne*, se trouve cependant situé à peu près à la partie moyenne; c'est ce qui a pu faire dire à plusieurs accoucheurs qu'ils avaient affaire à une contraction du corps de l'utérus.

Ces accoucheurs étaient de vrais cliniciens; ils avaient bien vu, comme le fait remarquer M. Varnier. Seulement, ce qu'ils prenaient pour l'orifice interne, c'était l'anneau de Bandl séparant le segment inférieur de l'utérus de la partie supérieure.

M. Varnier termine par des considérations très justes sur les injections intra-utérines. Leur intérêt pratique est trop grand pour que nous les passions sous silence.

Il est un autre point, dit-il, que je désirerais faire ressortir ici; j'ai fait et vu faire depuis trois ans bien des injections intra-utérines dans les jours qui suivent l'accouchement, et j'ai pu constater que beaucoup de médecins et de sages-femmes, croyant faire une injection intra-utérine, ne faisaient en réalité d'injection que dans ce sac mou et pendant que forment le col (3 centimètres), plus le segment inférieur, sans pénétrer, en réalité, dans le corps proprement dit.

Voici ce qui se passe : On introduit l'extrémité des deux doigts dans le museau de tanche mou et béant, et sur les deux doigts on fait pénétrer la sonde à injection. A peine la sonde a-t-elle pénétré de 3 centimètres qu'on éprouve une très légère résistance dont on triomphe aisément. On sent alors le bec pénétrer de 3 centimètres encore, en abaissant le pavillon légèrement. Le va-et-vient du liquide s'établit de suite, et l'opérateur croyant être dans la cavité utérine laisse au dehors plus de la moitié de la sonde.

Si, à ce moment, vous prenez l'instrument, et si vous en abaissez davantage encore le manche entre les cuisses en déprimant la fourchette, pour mettre le bec dans l'axe du détroit supérieur, vous éprouvez de nouveau une résistance plus marquée. Beaucoup s'arrêtent effrayés; mais continuez sans crainte, et bientôt vous aurez la sensation d'une résistance vaincue, en même temps que la sonde, avalée pour ainsi dire par l'utérus, disparaît complètement dans le vagin. Immédiatement le liquide de l'injection cesse de revenir, et c'est une nouvelle cause d'effroi pour l'opérateur novice. Ce n'est qu'après quelques instants que l'écoulement reprend.

Voici ce qui s'est passé :

Le premier obstacle insignifiant, c'est l'orifice interne.

La cavité dans laquelle la plupart des opérateurs font l'injection, c'est la cavité du segment inférieur.

Le second obstacle, le vrai, c'est l'anneau de Baudelocque, la vraie porte de la cavité utérine, qui s'est laissée forcer par la sonde d'abord, de dehors en dedans, puis par le liquide de dedans en dehors, lorsque la pression dans la cavité utérine a été suffisante pour triompher de sa résistance.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. — DÉCEMBRE 1887.

Société obstétricale et gynécologique de Paris. — L'écouvillonnage de l'utérus, préconisé par M. Doléris (nous avons analysé son mémoire il y a quelques mois), fait son chemin à la Société de gynécologie.

M. Bailly communique trois cas d'écouvillonnage.

Observation I. — Il s'agit d'une femme de 42 ans, qui a déjà eu cinq enfants. Une sixième grossesse aboutit vers le troisième mois à une fausse couche. Dès ce moment, il survient une perte de sang qui résiste à tous les moyens ordinaires, à la cautérisation intra-utérine avec le nitrate d'argent, mais qui cède à cette même cautérisation précédée de l'écouvillonnage de l'utérus. Pour ce premier cas, l'utérus n'a pas été abaissé

©BIU Santé

à l'aide d'une pince, mais par la seule pression exercée sur le fond de la matrice à travers la paroi abdominale, par la main d'un aide. *Guérison* sans le moindre accident.

Obs. II. — Une femme, qui depuis un mois était sujette à une perte de sang, vraisemblablement sous la dépendance d'une métrite hémorrhagique, rebelle à tous les moyens ordinaires. Utérus gros, peu sensible, pas de fibrome apparent. On dilate le col au moyen de tiges de laminaire; on complète cette dilatation avec le dilatateur Charrier. Abaissement de l'utérus, écouvillonnage, application de glycérine créosotée à 1/5e; injection vaginale avec une solution de sublimé. *Guérison* sans le moindre accident.

Obs. III. — Femme âgée de 36 ans, ayant fait déjà deux fausses couches. Après un retard de quinze jours dans l'apparition des règles, survint une hémorrhagie profuse qui se reproduisit d'une manière intermittente. L'écouvillonnage pratiqué comme dans le cas précédent amena une *guérison* parfaite.

Conclusions : a) Les opérées étaient malades; aujourd'hui elles sont guéries.

b) L'écouvillonnage de l'utérus est facile, quand on le fait précéder d'une dilatation suffisante du col utérin.

c) L'écouvillonnage utérin n'est pas habituellement douloureux.

d) Cette pratique est inoffensive en s'entourant des précautions convenables.

e) Si trois faits sont insuffisants pour permettre de conclure définitivement que la méthode est bonne, ces trois faits devenus des succès ne permettent pas de conclure qu'elle est décidément mauvaise.

M. Charpentier reproche à M. Bailly d'avoir fait une fois usage du nitrate d'argent au lieu de se contenter de glycérine créosotée, qui ne cause pas de coliques. M. Bailly répond qu'il essayait la technique de M. Doléris et qu'il ne voyait dans l'écouvillonnage qu'un moyen d'absterger la muqueuse.

M. Pajot a expérimenté également la méthode des écouvillons pour des métrites catarrhales très abondantes. L'opération a été suivie de succès. L'écouvillonnage avait été suivi d'une cautérisation au nitrate. M. Pajot n'a pas d'expérience de la glycérine créosotée.

M. Martineau déclare encore une fois qu'il guérit les malades sans écouvillonnage, sans curage. Une cautérisation au nitrate d'argent dans la période intra-menstruelle, quelques jours de repos, et ces femmes sont guéries. Parfois, il est vrai, il faut répéter la cautérisation une ou deux fois dans les périodes inter-menstruelles.

M. Charpentier fait observer à M. Martineau que la supériorité de l'écouvillonnage consiste dans la rapidité de la guérison.

M. Dumontpallier demande si l'on peut pratiquer l'écouvillonnage en consultation et renvoyer les malades chez elles.

M. Pajot croit qu'il y aurait grande imprudence à agir ainsi. Il faut quatre à cinq jours de repos.

— Dans cette même séance, M. Richelot fait une communication au sujet du cancer du corps de l'utérus. Dans ces cas, le diagnostic du mal et de son degré d'extension est très difficile. Il ne faut pas croire que le cancer du corps ait une tendance à rester localisé. Il s'étend aux tissus péri-utérins. L'examen des statistiques témoigne que jamais l'hystérectomie vaginale n'est plus indiquée ni plus efficace que dans les cas de cancer du corps.

Rapports de la grossesse, du travail et des suites de couches avec le traumatisme en général. — M. Verrier publie, chez Savy, douze observations pour servir à l'étude du traumatisme et de la grossesse. On sait que cette importante question n'est pas encore résolue. Les conclusions de M. Verrier sont sages : n'opérer que s'il y a nécessité; tenir grand compte de l'état général.

Revue pratique d'obstétrique et d'hygiène de l'enfance, par H. Varnier et P. Le Gendre. — « Existe-t-il, disent les fondateurs de cette nouvelle feuille, un journal

s'adressant au monde médical qui pratique, c'est-à-dire aux médecins et aux sages-femmes, dans lequel on ne trouve que des faits d'obstétrique et de pédiatrie journalière, dont les résultats indiquent nettement la conduite à tenir ou à ne pas tenir, où ne soient enregistrés que les progrès bien et dûment acquis ?

Assurément non. C'est ce journal que nous voulons faire. »

Assurément, il n'est pas d'intention plus louable, pas de promesse plus engageante. MM. Varnier et Le Gendre tiennent parole dès le premier numéro (Steinheil, éditeur), l'un par un article sur la conduite à tenir dans la présentation de l'épaule, l'autre par un article sur l'alimentation des nouveau-nés. Nous souhaitons à cette jeune Revue de nombreux abonnés. Ils ne perdront ni leur argent ni leur temps.

H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 29 février. — Présidence de M. Poraillon.

Sommaire : Suite de la discussion sur la maladie kystique de la mamelle. — Rapport sur une observation de « genu valgum » double traité et guéri par l'ostéotomie. — Drainage capillaire du péritoine après la laparotomie. — Présentations : Luxation récidivante du pouce en arrière, arthrotomie, guérison, etc.

A l'occasion du procès-verbal, M. Terrillon donne quelques détails complémentaires au sujet de ses deux observations de maladie kystique de la mamelle.

M. Reclus ne veut pas prendre parti dans la question anatomo-pathologique. Se plaçant sur le terrain chirurgical, il fait remarquer que, jusqu'ici, la maladie kystique de la mamelle a été presque toujours confondue avec le cancer et non pas avec le fibro-adénome. Mais le diagnostic ne saurait s'égarer, quoi qu'on en ait dit, si au double caractère de la bilatéralité et de la multiplicité des granulations kystiques, on ajoute les résultats de la ponction. Après cette ponction, en effet, la tumeur disparaît complètement, et il ne reste plus que des mamelles présentant tous les caractères de l'état normal.

A M. Tillaux, qui trouve une grande ressemblance entre la maladie kystique et celle que le docteur Phocas, son élève, a décrite sous le nom de « mammite chronique », M. Reclus fait observer qu'il n'y a aucune similitude entre les deux maladies. Dans la thèse de M. Phocas, on distingue deux catégories de faits : la première comprend ceux qui n'ont aucune ressemblance avec la maladie kystique, pas même la bilatéralité; la seconde se compose de trois observations qui rentrent absolument dans le cadre de la maladie kystique, dont elles présentent tous les caractères, à savoir : la bilatéralité, la multiplicité infinie des granulations, qui font ressembler la mamelle à une sphère criblée de grains de plomb, à une pelote à épingles, etc.

M. Phocas n'a pas le droit de ranger ces faits parmi ceux de la « maladie noueuse » de la mamelle; ils appartiennent absolument à la maladie kystique. Ils sont d'ailleurs incomplets : ni l'examen histologique, ni la ponction n'ont été pratiqués. Or, quelque habile qu'elle soit, la palpation est impuissante à établir le diagnostic sur une base solide; la ponction exploratrice peut seule entraîner la certitude.

M. Reclus ne saurait, d'ailleurs, admettre avec MM. Tillaux et Phocas, comme caractère distinctif entre la maladie kystique et la maladie noueuse de la mamelle, ce fait que, dans la première, la tumeur ne rétrocède jamais, tandis que, dans la seconde, la tumeur disparaît toujours sous l'influence de la compression. Les faits cliniques n'autorisent pas cette distinction absolue, comme il résulte de l'article publié par M. le docteur Maunoury (de Chartres) dans le *Progrès médical*.

Au point de vue du traitement, M. Reclus divise sa pratique personnelle en trois périodes. Dans la première, croyant à la nature cancéreuse de la maladie, il faisait l'ablation des seins kystiques; dans la deuxième, lorsque l'examen histologique eut

©BIU Santé

établi la bénignité de la tumeur, simple épithéliome intra-acineux, M. Reclus a traité les malades par l'abstention chirurgicale; dans la troisième, enfin, l'histologie étant devenue moins affirmative, et l'examen microscopique ayant montré que, dans certains cas, le bourgeonnement épithélial pouvait franchir la membrane péri-acineuse et envahir le tissu interstitiel, M. Reclus, prenant d'ailleurs en grande considération le conseil de « méfiance » donné par MM. Malassez et Brissaud, suit maintenant une pratique « mixte. » Si la malade est une jeune fille ou une jeune femme, comme il serait cruel et non sans danger de lui pratiquer l'ablation des deux seins, et qu'il s'agit en somme d'une maladie à marche très lente et relativement bénigne, M. Reclus s'abstient et renvoie l'opération à une date ultérieure; si, au contraire, l'âge de la malade oscille entre 40 et 45 ans, âge de la malignité, comme il y a plus d'inconvénients et de danger à s'abstenir qu'à intervenir, il propose d'emblée l'opération, se souvenant du « méfiez-vous! » de MM. Malassez et Brissaud.

M. Verneuil, il y a bien des années, étant encore prosecteur, eut l'occasion de rencontrer et de présenter deux mamelles dont la coupe offrait un grand nombre de petits kystes semblables à des grains de raisin. Une seule mamelle pouvait renfermer plus d'un millier de kystes. A partir de cette époque, M. Verneuil eut toujours les yeux fixés sur cette forme de tumeur du sein. Il reconnut de bonne heure qu'il s'agissait là d'une forme spéciale, sans aucune ressemblance avec le cancer; tout au plus pourrait-on la confondre avec le fibro-adénome. Jamais il n'a observé la dégénérescence maligne de cette forme de tumeur. Il a eu, dans son service, une jeune fille de 22 à 23 ans qui avait deux seins énormes dans lesquels la palpation permettait de constater cette sensation particulière que donne la présence d'une infinité de petits kystes. A cause du jeune âge de la malade, M. Verneuil hésita à pratiquer l'ablation des deux seins. Il la traita par la compression et les préparations arsenicales, et la malade fut complètement guérie. Elle n'avait jamais eu, d'ailleurs, de mammite ni aiguë. ni chronique.

M. Verneuil est d'avis qu'il convient de s'abstenir et d'attendre. Dans de nombreux cas de ce genre, il n'a eu qu'à se louer de sa temporisation, qui lui a permis de voir des tumeurs du sein rétrograder ou du moins demeurer stationnaires.

Quels que soient les résultats de l'examen histologique, M. Verneuil déclare que, clinicien, il ne consentirait pas à traiter ces tumeurs comme des épithéliomas.

M. Trélat retient des explications données par M. Reclus que la maladie dite kystique de la mamelle est celle dans laquelle la glande mammaire ne contient que des kystes et pas de tumeur. Une fois la ponction de tous les kystes pratiquée, il ne reste plus rien que le tissu normal de la glande. M. Trélat ne croit pas qu'il y ait lieu de constituer, à ce sujet, une espèce nosologique particulière.

M. Trélat partage complètement l'opinion de M. Verneuil, qu'il ne s'agit pas ici de l'épithélioma du sein et qu'il faut s'abstenir.

M. Richelot voudrait savoir quelle est au juste la fréquence de cette affection. J'ai remarqué, dit-il, qu'aujourd'hui il est difficile à un chef de service de diagnostiquer un fibrome kystique ou un cysto-sarcome de la mamelle sans que son interne le regarde avec un air de commisération bienveillante, et lui apprenne qu'il s'agit plutôt d'une maladie kystique. La description de M. Reclus — description définitive en quelque sorte, et bien plus complète que celle que j'avais pu donner dans ma thèse d'agrégation sur les *tumeurs kystiques de la mamelle*, d'après les faits de Cruveilhier, Virchow, Coyne, etc. — me paraît avoir entraîné les observateurs, et être devenue la source de quelques abus.

Je voudrais aussi savoir, ajoute M. Richelot, quel volume maximum peuvent acquérir ces kystes simples de la mamelle. J'observe en ce moment une jeune femme ayant dans les deux seins les granulations disséminées qui signalent cette affection. Il y a trois ans, rien de semblable; mais elle avait dans le sein gauche une tumeur dure avec grand kyste, que j'ai enlevée, pensant avoir affaire à un fibrome kystique. Le fait me paraissait si clair que j'ai négligé, je l'avoue, l'examen histologique. Quelques mois après, elle est venue me montrer ses granulations des deux seins, qui s'étaient développées

depuis l'opération. Aujourd'hui, je ne sais plus si j'ai enlevé un fibrome, ou un commencement de maladie kystique, avec prédominance d'une dilatation acineuse.

M. Quénu : En ce qui concerne le diagnostic, il y a lieu de distinguer, avec M. Trélat, d'autres maladies ou tumeurs du sein dont les caractères se rapprochent plus ou moins de la maladie kystique. En ce qui regarde le traitement, je trouve M. Reclus illogique. De deux choses l'une : ou la tumeur est un néoplasme qui peut devenir grave, et alors pourquoi s'abstenir par ce seul fait que la malade est jeune? ou ce n'est pas un néoplasme, et alors pourquoi l'enlever quand la malade est vieille?

M. Reclus répond à M. Richelot que la maladie est peut-être plus fréquente qu'on ne le croit encore, car les 25 observations connues ont été recueillies par quatre auteurs seulement; et que, d'autre part, les kystes peuvent acquérir un volume considérable. Il répond à M. Quénu : Sans doute, je ne suis pas logique, mais je ne demande qu'à le devenir; et je ne pourrai le devenir que le jour où les anatomo-pathologistes seront d'accord sur la nature de la maladie. Alors je m'empresserai de me soumettre à leur verdict.

— M. Schwartz fait un rapport sur une observation de M. le docteur Doyen (de Reims), relative à un double *genu valgum*, traité avec succès par l'ostéotomie suivant la méthode de Mac-Even.

— M. Pozzi fait une communication sur le *drainage capillaire du péritoine après la laparotomie*. L'auteur pratique ce drainage à l'aide d'un sac de gaze iodoformée, bourré de mèches ou de lanières de même substance qu'il introduit dans la plaie abdominale. Il a recours à ce moyen pour deux indications : 1° parer à l'imminence d'une hémorrhagie, quand le péritoine a été dilacéré; 2° prévenir un suintement ichoreux infectant.

M. Pozzi insiste particulièrement sur les avantages de cette pratique en vue de prévenir les accidents redoutables de l'infection de la plaie. Par cela seul que l'on remplit de gaze iodoformée toutes les parties susceptibles de devenir un foyer d'infection, on ferme ce foyer et l'on place entre lui et les parties saines une sorte de cuirasse antiseptique qui les préserve de toute atteinte.

Dans trois cas de laparotomie nécessitée par des affections d'une gravité exceptionnelle, M. Pozzi a obtenu les meilleurs résultats de l'emploi de ce moyen.

MM. Bouilly et Terrillon estiment que le drainage capillaire doit être réservé pour des cas exceptionnels.

— M. Delorme, chirurgien du Val-de-Grâce, présente un enfant auquel il a pratiqué avec succès l'arthrotomie, pour une luxation récidivante du pouce en arrière, luxation qui avait résisté à l'emploi d'un appareil prothétique.

— M. Lannelongue présente, de la part du professeur Lannelongue (de Bordeaux), un ouvrage intitulé : *Leçons de clinique chirurgicale*. — A. T.

FORMULAIRE

Pommade contre le lupus. — Bertarelli.

Résorcine	10 grammes.
Vaseline	20 —

Mêlez. — On peut mettre parties égales de résorcine et de vaseline, ou deux parties de résorcine pour une de vaseline, ou bien enfin, on peut faire une pâte avec la résorcine et la glycérine. Ces pommades sont recommandées contre le lupus, sous les formes érythémateuse, exfoliatrice, hypertrophique ou ulcéreuse. La résorcine ne provoque pas de douleurs, et produit des cicatrices souples, qui conservent la coloration normale de la peau. — N. G.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Sont proposés pour la chaire de chirurgie de l'Université d'Iéna : en première ligne, le docteur Riedel ; ensuite les professeurs Obert (de Halle) et Rosenbach (de Göttingen).

— Le privat docent docteur Bunge est nommé professeur d'ophthalmologie à l'Université de Halle.

— L'Académie Léopold Caroline des naturalistes s'est adjoint comme membres les professeurs Nagel (de Tubingen) et Immermann (de Bâle).

— La Société allemande de gynécologie tiendra sa deuxième assemblée générale à Halle le 24 mai.

— Une Société de gynécologie et obstétrique vient de se fonder à Vienne, grâce à l'initiative du professeur Breisky. Le professeur Braun a été élu président, le professeur Breisky, vice-président.

— A la Société clinique de Londres, le docteur Forber a présenté un malade fort intéressant. Cet homme, âgé de 66 ans, est affecté depuis *cinquante trois ans* d'une lésion des valvules mitrale et aortiques. Il a été traité, en 1834, à Londres (à Middlesex hospital), pour un rhumatisme articulaire. Son séjour à l'hospice a duré neuf mois. La lésion cardiaque que l'auscultation permet facilement de constater remonte à cette époque. Depuis ce temps, en effet, il n'a jamais souffert de rhumatisme. Le travail lui a toujours été possible. C'est un beau cas de compensation. — Ch. S.

COURRIER

ECOLE DE MÉDECINE DE LIMOGES. — M. Raymond, suppléant, est nommé professeur de pathologie interne.

— L'Académie des sciences vient d'entrer en possession du legs de 110,000 francs, que lui a fait Mlle Anne-Marie Fœhr, pour la fondation d'un prix annuel qui portera le nom de « prix Gabriel Bellion ». Ce prix sera décerné aux savants qui auront écrit des ouvrages, ou fait des découvertes profitables à la santé de l'homme ou à l'amélioration de l'espèce humaine.

— Une médaille d'or de deuxième classe vient d'être accordée à M. le docteur Beruyer, médecin municipal à Nantes (10 janvier 1888), déjà titulaire de deux médailles en argent : s'est de nouveau distingué et a été blessé en arrêtant un cheval emporté attelé à une voiture.

— M. Machabey, pharmacien, est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du XVIIe arrondissement de Paris, en remplacement de M. Fontoynont, décédé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Dagaud (d'Alby-sur-Chéran).

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.)

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte**, **gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. P. Duroziez : Placenta; granulations crétacées; adhérence. Angio-sclérose. Souffle placentaire. — II. Lucien Deniau : Note pour servir à l'histoire des traumas du cœur. — III. Bibliothèque : La patologia e terapia speciale medica esposte con un nuovo indirizzo. — IV. Revue des journaux : L'hypnotisme en Italie. — Traitement de la tuberculose. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Placenta; granulations crétacées; adhérence. Angio-sclérose. Souffle placentaire.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 janvier 1888,

Par P. Duroziez.

Le placenta offre à l'observation des conditions uniques; c'est un organe de formation rapide qui à la délivrance vient exposer à nos yeux des lésions jeunes, de neuf mois au plus. Il serait injuste de dire qu'on n'a pas étudié les rapports des lésions du placenta avec les lésions maternelles; on a été plus préoccupé de l'état de l'enfant; que le placenta soit altéré d'une façon ou d'une autre, peu importe; l'enfant souffre. On a fait contenir toutes les lésions dans les hémorrhagies placentaires et dans les modifications des caillots que Robin a attribués à des altérations des vaisseaux. Bailly a soutenu la même thèse; nous sommes mis sur la voie de l'angio-sclérose; nous trouvons dans le placenta un sujet propice à l'étude des lésions vasculaires, artérielles et veineuses. Il est curieux de voir en combien peu de temps des granulations crétacées peuvent s'établir; on les trouve, nous dit M. Auvard, chez des fœtus de 4 et 5 mois; c'est là un renseignement sur ce qui peut se passer dans l'aorte. Ces dépôts ont été considérés comme une ossification des capillaires. Pour Robin, ils commencent dans la couche muqueuse qui recouvre le placenta, et n'arrivent que plus tard au contact des villosités. Les petits grains sont disposés sous forme d'amas ou de plaques à la face adhérente du placenta dans les interstices intercotylédonaires, ou à l'état de granulations disséminées dans leur épaisseur. Il en est qui sont situées à la face fœtale de l'organe; celles qui ont la forme d'aiguilles ou de stalactites sont souvent dans l'épaisseur du placenta; c'est surtout dans les cotylédons, dont les villosités sont oblitérées en tout ou en partie, que se trouvent les grains calcaires; ils sont placés non pas dans l'épaisseur des villosités, mais à leur surface, à laquelle ils adhèrent assez fortement; ils les entourent, les englobent quelquefois, les déforment toujours; ils sont irréguliers, polyédriques, renferment des carbonates, des phosphates de chaux et de magnésie. Il n'est pas rare de trouver un certain nombre de ramifications auxquelles adhèrent les grains calcaires renfermant des granulations graisseuses, éparses ou agglomérées; c'est une seule et même lésion du placenta.

Millet insiste sur la relation de ces granulations crétacées avec l'oblitération fibreuse.

Bustamante décrit la sclérose du placenta; celui-ci, sous la forme d'une

©BIU Santé

masse rougeâtre charnue, lobulée et lisse, ressemble au thymus; à la coupe, cette masse est homogène et dense; elle peut être facilement subdivisée en lobules plus petits. Le tissu est constitué par des éléments fibroplastiques formant des couches concentriques presque comme dans les tuniques vasculaires.

Quant à l'adhérence du placenta, Smellie la rapporte au squirrhe du placenta; Godefroy (de Rennes), sur 7 cas d'adhérence, a rencontré 6 fois l'oblitération fibreuse; Darban fait jouer un rôle aux concrétions calcaires.

Lediberder (*Union méd.*, 4 juin 1887), dans une note sur la dégénérescence fibro-graisseuse du placenta, admet une susceptibilité toute personnelle, puis, comme cause déterminante, la contracture tétanique de l'utérus par excitation du col. Dans l'observation qu'il rapporte, le cordon est régulier, d'un blanc pâle, sans bosselure, exsangue; les vaisseaux, artères et veine, sont petits, revenus sur eux-mêmes; les parois épaissies. Le placenta, exsangue, est aplati; son diamètre de 9 centimètres; sa coloration, régulière dans toute son étendue, d'un blanc légèrement jaune sale. — La dégénérescence est universelle, sans qu'un point diffère d'un autre. La face utérine est plate, sans relief des cotylédons; les sillons sont à peine marqués. Le tissu consiste en un mélange inextricable de fibres entrecroisées. Les vaisseaux sont complètement oblitérés. En somme, c'est l'altération décrite sous le nom de placenta fibro-graisseux. — En incisant, il n'a pas trouvé la teinte rosée indiquée par Robin. Pas d'altération du sang; pas de contamination; pas d'apoplexie.

On accepte la sclérose du placenta, mais on ne cherche pas si elle est liée à une sclérose générale.

On admet la lésion des vaisseaux placentaires; quand on rencontre des granulations crétacées et l'adhérence du placenta, on n'examine pas si la lésion vasculaire est plus générale. Lediberder propose un état tétanique.

Après la publication de notre travail sur les rapports entre les maladies du cœur, d'une part, et, d'autre part, la stérilité, le retard de la menstruation, l'avortement, les hémorrhagies puerpérales, travail qui date du 11 octobre 1873, et non de 1875, ce qui établit notre priorité pour tous ces faits (la congestion pulmonaire étant la seule lésion gravido-cardiaque indiquée par Peter); après la publication de notre travail, on s'est préoccupé de la lésion possible du placenta par la lésion du cœur, mais non pas par la lésion des vaisseaux; on s'est préoccupé du placenta cardiaque, mais non pas du placenta artériel et veineux, non pas des rapports du placenta avec l'artério-sclérose et la phlébo-sclérose, avec l'angio-sclérose, point sur lequel nous voulons aujourd'hui appeler l'attention.

En 1876, Marty, dans sa thèse sur les accidents gravido-cardiaques, dit que les autopsies des annexes ont été bien rarement faites dans ces cas; que les quelques notes qu'on trouve sont bien vagues pour en tirer des conclusions.

Il cite 5 cas.

Obs. XI. — Insuffisance mitrale. Accidents thoraciques. — Léonie Br..., âgée de 25 ans. Le placenta est entier. Il présente sur ses bords, presque sur toute sa circonférence, un dépôt jaunâtre, assez facile à détacher des membranes. La consistance et l'aspect de ce dépôt rappellent ceux des fausses membranes de la plèvre enflammée ou les caillots fibrineux du cœur et des gros vaisseaux. Il n'est pas formé de plusieurs couches, mais bien d'un feutrage irrégulier. En quelques points, il se prolonge en couches minces entre les cotylédons du placenta et sur la face fœtale. Nulle part on ne trouve, dans ces

produits, de coloration qui soit en rapport avec un épanchement sanguin en voie de résorption.

Obs. XII. — Insuffisance mitrale. Accouchement prématuré. — Marie Salm..., 20 ans. Le placenta pèse 360 grammes. Il ne présente rien d'anormal et n'offre aucune dégénérescence graisseuse ou fibrineuse des villosités choriales.

Obs. XVIII. — Vallet, 23 ans. Affection cardiaque. Grossesse. Mort subite. Enfant mort depuis quelques jours (Budin).

Le placenta est circulaire. Les diamètres mesurent 13 centim. à 13 cent. 1/2. Il ne pèse que 205 grammes. Son épaisseur ne dépasse pas 2 centimètres. Pas de dégénérescence fibreuse.

Obs. XIX. — Rossignol, 18 ans. Insuffisance et rétrécissement aortiques. Accouchement prématuré. Placenta normal.

Obs. XX. — Honorine L.... 23 ans. Insuffisance mitrale. Délivrance spontanée. Une heure après, placenta sain, hydrotomisé.

Obs. XXIII. — Comte, 30 ans. Insuffisance mitrale. Accouchement prématuré. Dégénérescence graisseuse du placenta.

Obs. XXIV. — Affection cardiaque. Grossesse. Accouchement prématuré. Enfant mort. Lésions placentaires (Andral et Budin).

Pas de trace de la caduque. Amnios intact. Chorion rompu dans le cinquième au pourtour du placenta; l'amnios s'étant détaché du chorion placentaire, le chorion part du pourtour du cordon. Le chorion placentaire se détache très aisément de la masse du cotylédon à laquelle il est seulement réuni par des vaisseaux.

Le gâteau placentaire présente 11 centimètres de diamètre dans un sens et 12 dans l'autre. Il est très irrégulier, arrondi sur ses bords, formé d'un tissu blanc grisâtre, composé de villosités atrophiées dans presque toute son étendue. Il a subi la dégénérescence graisseuse. Cette dégénérescence n'est pas isolée, par noyaux; tous les cotylédons sont plus ou moins envahis; elle est diffuse. Dans certaines parties, la totalité des cotylédons est en dégénérescence. Dans d'autres, la moitié ou les deux tiers seulement ont subi cette transformation. Il en résulte une coloration d'un blanc grisâtre sur certains points, d'un blanc rosé sur d'autres. Les deux tiers au moins du placenta sont altérés. Pas de foyer hémorrhagique.

A l'examen histologique on trouve, dans les parties rosées, des villosités choriales ayant leur volume normal et présentant des vaisseaux encore remplis de sang. Dans les parties blanches, les villosités sent très petites, comme atrophiées; elles sont vides de sang et infiltrées de granulations granulo-graisseuses. Les vaisseaux qui se rendent à ces parties sont blancs, résistants comme des cordons fibreux.

« Dégénérescence hémorrhagique ou thrombose, dit Marty, sont sous la dépendance de l'état de la circulation ou des qualités du sang. Qu'on ait affaire à une hémorrhagie, à des coagulations veineuses, à des dégénérescences organiques, le résultat est le même : diminution du champ de l'hématose fœtale. » L'artério-sclérose n'est pas indiquée.

« Ch. Porak : *De l'influence réciproque de la grossesse et des maladies du cœur*, 1880. Nous n'avons pas encore de notions bien précises sur les lésions du placenta ni sur les accidents qui peuvent en résulter. Sur le nombre peu considérable d'observations que nous avons pu réunir, ces altérations du placenta sont beaucoup plus fréquentes qu'on ne l'observe à l'état normal. On doit donc prêter attention dorénavant à ces complications; elles sont d'ailleurs trop différentes entre elles pour qu'on puisse en donner maintenant une explication suffisante.

Sur 88 cas de lésion cardiaque, Porak en cite 7 où le placenta a été examiné.

©BIU Santé

6. Môle adhérente au placenta.
12. (Cité plus haut.) Placenta hydrotomisé.
19 *bis*. (Chiara.) Plaques fibrineuses sur le placenta.
38. Dégénérescence graisseuse.
43. Dégénérescence graisseuse.
49. Rétention du placenta. Hémorrhagie.
61. (Budin, obs. inédite). Hémorrhagie par adhérence du placenta; délivrance artificielle. »

L'angio-sclérose est en germe dans la grossesse et s'y développe facilement; elle peut avoir été produite par des grossesses antérieures et par les différentes diathèses : alcoolisme, syphilis, arthritis, etc. L'angio-sclérose doit être étendue au placenta, à ses vaisseaux artériels et veineux, dont la jeunesse se prête à ces altérations rapides et oblitérantes. Les lésions du placenta sont le plus souvent vasculaires ; les hémorrhagies placentaires viennent des lésions des vaisseaux, comme dans l'encéphale. On doit rechercher l'angio-sclérose, et, si on en trouve les signes, redouter son extension au placenta et à l'utérus.

Au cœur nous trouverons le bruit de galop ou un rythme spécial que nous représentons par l'onomatopée : ppaffoutt ; on entend le premier claquement fort, puis un souffle segmenté, dédoublé, enfin le deuxième claquement fort.

Parfois le souffle traîne, ronfle, sans se dédoubler, mais est toujours enserré par des claquements éclatants. Il appartient à la chloro-anémie en même temps qu'à la sclérose; c'est la chloro-anémie sénile.

(*A suivre.*)

Note pour servir à l'histoire des traumas du cœur.

Il est de règle, pour les profanes, que la vie s'éteint brusquement, stupidement, dès que le cœur est touché; dans leur esprit, plaie du cœur et mort subite sont absolument synonymes.

Pour les médecins, l'erreur du préjugé populaire n'a plus besoin de preuves, mais ceux dont la religion est le mieux faite à cet égard, trouveront encore dans ce qui suit de quoi s'édifier sur le degré de tolérance du cœur pour le traumatisme et la ténacité de la vie chez certains individus.

L'histoire médico-chirurgicale de la guerre de Sécession (1) contient la relation de 4 cas de plaies du cœur, dans lesquels les malades survécurent pendant un temps relativement long à leurs blessures. L'un d'eux, ayant reçu un biscaïen sphérique dans l'oreillette droite, eut une survie de *quatorze jours*. Un autre, dont le ventricule gauche et l'oreillette droite avaient été perforés par une balle conique de revolver, ne mourut qu'au bout d'une heure un quart. Le troisième, dont le cœur gauche tout entier avait été traversé par un coup de feu, résista cependant quarante-six heures, bien que son cas fût compliqué de blessures de l'abdomen et de plaies du creux axillaire.

Ollivier (d'Angers) (2) a réuni environ 60 observations analogues, parmi lesquelles 29 cas de blessures du ventricule droit. Tous les blessés, sauf deux seulement, eurent une survie de deux jours au minimum.

Nous avons observé dans le service de M. Tillaux, à Lariboisière, une femme, héroïne d'un drame parisien, qui mourut au dix-huitième jour seulement d'une plaie du cœur par arme à feu. On trouva à l'autopsie une balle de revolver de 7 millimètres dans la cavité du ventricule gauche. La pièce anatomique, présentée à la Société de chirurgie (séance du 12 décembre 1875) et reproduite par M. Baretta, figure au musée de Clamart.

---

(1) *Medical and surgical History of the war of Rebellion*, 1re partie, p. 530 et 531.
(2) *Dictionnaire de médecine*, t. VIII, 1834.

Dans le cas du docteur Babington (1), il s'agit d'une plaie pénétrante du cœur par coup de baïonnette, atteignant le viscère dans la région de la tricuspide. Le malade survécut vingt-quatre heures à son horrible blessure.

Dans son Traité d'anatomie chirurgicale (2), Velpeau rapporte un cas de blessure grave de l'oreillette droite, à laquelle le malade survécut encore pendant neuf années. On sait que de toutes les lésions chirurgicales du cœur, celles qui atteignent les cavités droites et surtout l'oreillette sont de beaucoup les plus redoutables.

Holmer (3) et Fischer ont publié plusieurs observations analogues. L'un des malades vécut dix semaines avec une balle de pistolet dans la cavité du ventricule gauche, tandis qu'un autre continua à vivre pendant *plusieurs années*, bien que portant une balle dans son oreillette droite.

Le *New-York medical Archives*, de mars 1871 (4), a consigné l'histoire d'un malade qui ne succomba qu'au cinquième jour d'une blessure du cœur par arme de guerre. Le projectile fut retrouvé à l'autopsie dans la cavité du ventricule droit. Le blessé, après avoir essuyé le coup de feu, rentra à pied chez lui, se rendit le lendemain à New-York, et le soir de son arrivée dans cette ville, après avoir fait ses cinquante-quatre lieues en chemin de fer, voulut à toute force aller danser au bal. On eut toutes les peines du monde à l'empêcher de mettre son projet à exécution.

L'*American Journal of medical Sciences*, de 1829, p. 263, rapporte l'observation d'un jeune gars de 15 ans qui, après avoir reçu plusieurs de feu dans la poitrine, survécut soixante-sept jours. A l'autopsie, on constata la présence de trois balles libres dans la cavité du ventricule droit, tandis que deux autres projectiles avaient pénétré dans l'oreillette correspondante.

Le même périodique (5) emprunte au journal *The Clinic*, du 27 mai 1876, une observation du docteur P.-S. Conner, qui surpasse, s'il est possible, toutes les précédentes. Le sujet, âgé de 15 ans, reçut dans la région du cœur une balle de pistolet qui traversa de part en part les deux ventricules et l'oreillette droite, et alla se loger vers le pédicule du poumon droit. Le blessé survécut *trente-huit mois* à des lésions, dont la plus bénigne eût dû, à ce qu'il semble, amener la mort sans délai. Le projectile retrouvé à l'autopsie était conique et mesurait 12 millimètres de longueur sur 6 millimètres de diamètre.

L'observation suivante ne le cède sous aucun rapport à la précédente. Elle est consignée dans le numéro du 14 décembre 1878 du *New-York medical Record*. Il s'agit d'un jeune homme de 18 ans, qui reçut un coup de revolver du modèle dit Smith et Weson, dont on connaît l'effroyable puissance de pénétration. La balle, d'un calibre de 7 millimètres, traversa le ventricule droit, la cloison interventriculaire, l'infundibulum de l'aorte, et alla, en déchirant tout, s'arrêter dans la cavité du ventricule gauche. Que croit-on qu'il advint du blessé? Celui-ci survécut à ces mortels désordres pendant cinquante-cinq jours et ce ne fut qu'au bout de ce temps qu'il succomba inopinément.

Cette observation est à rapprocher de celle déjà connue d'Heil (6), d'un blessé qui survécut douze mois à une plaie pénétrante de l'aorte ascendante, et de celle de Pelletan (7), dans laquelle on voit une plaie de l'aorte descendante n'être suivie de mort qu'après plus de deux mois.

On peut lire dans l'*American Journal of the medical Sciences*, du mois d'octobre 1879, p. 589, le récit d'un cas de blessure du cœur par arme à feu, dans lequel la balle, d'un calibre de 9 millimètres, après avoir ouvert le sac péricardique, laboura le ventricule gauche, puis, déviant de sa course et contournant le cœur, alla sortir en arrière de l'organe en ouvrant de nouveau le péricarde pariétal. Le sillon tracé par le projectile en plein tissu ventriculaire mesurait près de 4 centimètres de longueur sur 6 millimètres

(1) *Medical Record and Researcher*, 1869.
(2) 2e édition, vol. Ier, p. 604.
(3) *System of Surgery*, 2e édit., p. 602.
(4) Observation due à C.-F. Dudley.
(5) *American Journ. of med. Sc.*, juillet 1876, p. 295.
(6) *Henke's Zeitschrift*, 1837. t. II, p. 450.
(7) *Clinique chirurgicale*, t. Ier, p. 92.

©BIU Santé

de profondeur. Ses bords étaient hachés et déjetés en dehors, mais la cavité du ventricule n'avait pas été ouverte à proprement parler; elle conservait l'eau qu'on y versait. Le blessé vécut encore treize jours.

Pour terminer cette série d'histoires invraisemblables, mais vraies, que nous pourrions allonger en fouillant dans le mémoire fameux de Fischer (1) et dans le travail de John Redman Coxe (2), que ces faits viennent compléter, citons encore l'observation empruntée à l'histoire médico-chirurgicale de la guerre de Sécession (3), dans laquelle un homme reçoit un coup de baïonnette qui, lui ouvrant la seconde pièce du sternum dans toute sa hauteur, lui traverse d'abord le médiastin antérieur et lui fend largement l'oreillette droite. Le malheureux tombe ensanglanté et, malgré l'horrible gravité de sa blessure, continue de vivre encore pendant huit minutes.

Quand, à ces faits paradoxaux, mais fréquents, on oppose ceux où la mort instantanée est la conséquence immédiate de la plus légère érosion du tissu du cœur, comme ce fut le cas pour l'héroïque La Tour d'Auvergne qui, frappé d'un coup de lance à la poitrine, mourut sur le coup avec une petite plaie de 2 lignes de profondeur dans la paroi du ventricule gauche, on est obligé de reconnaître l'importance du rôle que joue dans le pronostic des plaies du cœur la différence de vitalité départie à des sujets de même espèce, de structure anatomique uniforme et soumis aux lois d'une même physiologie.

En les voyant, l'esprit évoque le souvenir de faits analogues, mais encore moins exceptionnels signalés par les chasseurs chez les grands fauves. Un vieux dicton populaire en Amérique n'a-t-il pas doté de neuf vies superposées, en raison de son énergie, leur frêle représentant, le chat domestique?

Il est des hommes, à n'en pas douter, dont la résistance au traumatisme peut faire honorable figure auprès de celle de ces espèces, et dont le cœur, selon l'expression du poète, est enveloppé d'une triple armure de chêne et d'airain.

Lucien Deniau.

BIBLIOTHÈQUE

La patologia e terapia speciale medica esposte con un nuovo indirizzo (*pathologie et thérapeutique médicales avec une classification nouvelle*), par le docteur de Dominicis. Naples, Alfonso Valle, éditeur.

L'auteur a pensé que la classification des maladies basée sur l'anatomie enlève à la conception des processus morbides son unité étiologique, nosographique et thérapeutique et fait des descriptions cliniques une mosaïque quelque peu confuse et indigeste. Une classification ayant pour base la physiologie lui a semblé préférable.

Ainsi M. De Dominicis étudie, par exemple, l'hyperémie en général avec sa thérapeutique générale, puis, en autant de chapitres particuliers, il indique et spécifie les différentes modifications symptomatiques que provoque le processus quand il se localise aux différents organes, et décrit successivement la congestion cérébrale, médullaire, pulmonaire, rénale, splénique, etc.

Cet dans cet esprit que le livre a été divisé en 7 parties : 1° Troubles de la circulation; 2° inflammation ; 3° troubles de nutrition et maladies constitutionnelles ; 4° maladies parasitaires ; 5° vices de conformation et lésions mécaniques ; 6° troubles nerveux fonctionnels simples et complexes ; 7° intoxications.

Il n'y a point de classifications irréprochables ; celle-ci ne pouvait être sans défaut.

Si, le plus souvent, elle réussit à grouper en faisceaux naturels des lésions de même nature, nous voyons rapprochées, dans certaines parties, des affections qui n'ont entre

(1) George Fischer : *Die Wunden des Herzens und des Herzbeutels.* (*Archiv. für klinische Chirurgie*, t. IX, p. 571.

(2) *American Journal of Sciences*, août 1829, p. 307.

(3) *Loco citato*, vol. Ier, p. 534.

elles que des liens artificiels : la sténose de l'œsophage, par exemple, et l'emphysème. Nous trouvons en outre, séparées dans deux divisions distinctes, d'autres lésions qui sembleraient, d'après le système de notre confrère, devoir être rapprochées ; la sténose des orifices cardiaques et celle des autres organes.

Mais ces inconvénients sont largement compensés par de nombreux avantages, et l'on ne peut méconnaître que, si ce mode de groupement nuit quelque peu à l'étude du diagnostic différentiel des différentes affections envahissant un même organe, il rend plus claire, plus courte et plus facile, l'étude de l'étiologie, de la pathogénie et surtout de la thérapeutique de ces mêmes affections.

Le volume de notre confrère a, outre cette méthode spéciale d'exposition, le double mérite de renfermer des idées originales, et de donner les résultats de l'expérience personnelle de l'auteur.

Ainsi voici, entre autres exemples, ce qu'il dit de la pilocarpine employée contre les exsudations séreuses inflammatoires.

Parmi les 92 épanchements contre lesquels il a employé la pilocarpine depuis 1880, il y eut deux péricardites ; immédiatement après les sueurs, le pouls se releva, la dyspnée diminua, et les deux malades, jeunes gens robustes du reste qui guérirent rapidement, accusèrent une sensation de bien-être remarquable.

Sur 18 cas de néphrite, à évolution variable, la pilocarpine eut toujours pour résultat de diminuer l'œdème.

« Dans 48 cas de pleurésie simple avec épanchement, j'ai obtenu, en une semaine de traitement, la guérison avec restitution *ad integrum* complète. Cet heureux résultat se produisait toujours quand le traitement était institué dans les 12 premiers jours du début ; plus tard il se produisait encore, mais avec moins de rapidité.... Je n'ai jamais continué longtemps l'usage de la pilocarpine ; il est en effet inutile de fatiguer l'organisme quand il ne reste plus de l'exsudat que le *caput mortuum*. Arrivé à ce point, c'est en vain qu'on demandera la résolution aux sudorifiques. Ils ne pourraient plus que la retarder.

Même dans les épanchements très abondants, quatre à six injections faites tous les jours ou tous les deux jours suffirent à tirer d'affaire mes malades.

Sauf deux vieillards, les 46 autres patients guérirent tous, et dans un cas, la guérison fut inespérée : la pleurésie était double, la malade en état d'orthopnée était presque agonisante. »

Après avoir passé ainsi en revue les effets de la pilocarpine dans la pleuropneumonie, la synovite, la choroïdite, etc., « de l'examen de tous ces faits, conclut l'auteur, je ne puis m'expliquer la raison pour laquelle nombre d'éminents praticiens ne rendent pas à l'efficacité de la pilocarpine la justice qui lui est due. Le contrôle est cependant facile et loisible à tous. »

En somme, conceptions originales, œuvre personnelle, tels sont les mérites qui assurent à *la pathologia e terapia speciale medica* de nombreux lecteurs et plusieurs éditions.

Dr Ch. Schmit.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

L'hypnotisme en Italie. — Premier-Milan de la *Gazzetta degli ospituli*, n° 93, par M. le docteur Gemma. — Ce point de la neuro-pathologie est aujourd'hui étudié en Italie avec beaucoup de soin par les spécialistes et aussi par le plus grand nombre des médecins ; le XIIe Congrès médical italien, tenu récemment à Pavie, a montré la question sous ces formes multiples sans cependant parvenir à lui donner un cadre unique, comme on voudrait toujours le rencontrer pour chaque entité morbide de cette importance.

Une des plus curieuses questions à propos de l'hypnotisme est celle de la polarisation. M. le professeur Raggi soutient l'action antagoniste qu'exerce l'aimant dans l'hypnotisme et donne, à l'appui de sa thèse, l'histoire de quelques sujets qu'il a hypnotisés.

©BIU Santé

Il suggère à une fillette, par exemple, qu'elle soit d'abord la reine Marguerite et ensuite qu'elle devienne prêtre, et tout dans l'attitude de la patiente démontre qu'elle subit véritablement la volonté de son... dompteur, et ce qui est non moins palpable, c'est, aussi bien pour ce cas que pour beaucoup d'autres analogues, l'influence qu'exerce l'aimant appliqué à la nuque du sujet et détruisant complètement l'action de l'hypnotisme.

M. le professeur Lombroso rapporte qu'un jeune homme instruit, à la suite d'une chute sur la tête, tombe dans un délire singulier dans lequel il se croit Annibal et se figure conduire ses Carthaginois au travers les Alpes. On guérit ce trouble mental persistant par des applications de l'aimant et en faisant porter en poche un de ces instruments. D'autres faits semblent démontrer la justesse de la théorie de la polarisation.

L'auteur explique cette bizarrerie par la rapidité et la diversité de l'orientation des molécules dans la couche corticale du cerveau, et notre savant confrère explique ainsi le mode d'action de la métallothérapie.

M. le professeur Rummo, au contraire, n'admet pas la polarisation, qui serait toujours pour lui une suggestion. Les deux théories ont été brillamment défendues et soutenues lors du dernier Congrès, et des expériences publiques ont eu lieu sans pourtant amener de résultats tout à fait convaincants.

Un autre phénomène a été noté par M. le professeur Lombroso chez les hypnotisés; il l'appelle la stratification des caractères. Par ce phénomène, un sujet suggestionné à plusieurs reprises conserve souvent quelques-uns des caractères de la première suggestion.

L'hypnotisme ne doit être qu'un agent thérapeutique, et ce serait déjà une arme de haute précision si l'on pouvait s'en servir constamment, et avec sûreté, dans l'hystérie. M. le docteur Tamburini a obtenu une guérison remarquable sur une enfant de 12 ans qui souffrait d'attaques d'hystérie et, consécutivement à celles-ci, était atteinte de délire. M. le docteur Tamburini hypnotisa l'enfant du regard, la réveilla ensuite par un souffle et commanda au mal de disparaître... ce qui eut lieu quelque temps après, et d'une façon définitive... Tout cela est certainement bien étrange et pourtant ne permet pas le doute... A quand l'explication scientifique satisfaisante?

Bien d'autres observations sont encore notées dans le remarquable article de M. le docteur Gemma, mais elles se rapportent à des phénomènes qui sont connus et expliqués depuis longtemps dans les travaux des maîtres de la Salpêtrière et de nos asiles d'aliénés; il n'y a donc pas lieu d'insister.

Traitement de la tuberculose par l'aniline, par le docteur Pietro Bertalero. (In *Gazzetta degli ospedali*, n° 96.) — Parmi tant de remèdes nouveaux proposés pour combattre la phthisie tuberculeuse et détruire son bacille, il convient de signaler l'aniline proposée par M. le professeur Kremiansky au Congrès de l'Association médicale de Moscou. Cette substance tuerait le micro-organisme de Koch et serait inoffensive pour l'organisme humain.

M. le docteur Pietro Bertalero a obtenu des résultats satisfaisants de l'emploi de l'aniline; voici sa manière de procéder et ses expériences :

1° Il donne à tous ses malades la même aniline extraite du charbon fossile et non de la nitro-benzine;

2° Il choisit parmi ses sujets ceux qui ont, sans conteste, une tuberculose héréditaire, et dont l'examen microscopique des crachats démontre la présence du bacille de Koch avant le traitement.

Enfin, aucun autre médicament n'est donné pendant toute la durée du traitement.

Sur les 8 malades qui ont été soumis à cette médication, 4 étaient dans le premier stade de la tuberculose, 3 au commencement de la dernière période; enfin, le dernier était quasi-mourant et semblait ne plus avoir que quelques jours à vivre.

Les résultats furent splendides pour les 4 premiers, dont les lésions disparurent complètement au bout de deux mois environ par l'usage journalier d'une dose de 50 à 60 centigrammes d'aniline à l'intérieur et de 1 gramme chaque jour en inhalation. Le traitement peut durer deux à trois mois; il doit être interrompu pendant quelques jours tous les mois, l'organisme s'habituant facilement à ce médicament. Les autres

malades de M. le docteur Bertalero furent transformés de la façon la plus heureuse par l'usage de l'aniline. que cet expérimentateur se propose d'employer par la voie hypodermique et même de faire parvenir directement dans le parenchyme pulmonaire. Nous reviendrons plus tard sur ces nouvelles expériences. — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre dans laquelle M. Verneuil annonce à l'Académie que le troisième Congrès de chirurgie s'ouvrira lundi prochain, 12 mars, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria;

2° Des lettres de candidature de MM. Corlieu, Galezowski, Lereboullet, Magitot, pour la place déclarée vacante dans la section des associés libres, par suite du décès de M. Dechambre.

— M. BROUARDEL présente, de la part de M. le docteur Lacassagne, le compte rendu des travaux du Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département du Rhône (du 1er janvier 1860 au 31 décembre 1885).

M. LE ROY DE MÉRICOURT présente, de la part de M. le docteur Paul Barret, médecin de la marine, un ouvrage en deux volumes, intitulé : *L'Afrique occidentale, la nature et l'homme noir.*

M. Joannès CHATIN offre en hommage une brochure qu'il vient de publier sous le titre suivant : *Recherches morphologiques sur les pièces mandibulaires, maxillaires et labiales des hyménoptères.*

M. DURAND-FARDEL présente une brochure intitulée : *Souvenirs militaires et relation médico-chirurgicale de la campagne du sud oranais en 1881-1882*, par le docteur L. Delmare, médecin-major.

M. LARREY présente, de la part de M. Lereboullet, l'article ETYMOLOGIE (extrait du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

M. LABOULBÈNE présente plusieurs brochures de M. le docteur Fabre (de Commentry) sur divers sujets.

M. VILLEMIN présente, de la part de M. Delorme, professeur agrégé au Val-de-Grâce, le premier volume d'un ouvrage intitulé : *Histoire de la chirurgie d'armée.*

M. PLANCHON présente, de la part de MM. Beauregard et Galippe, la deuxième édition de leur *Guide pratique des travaux de micrographie.*

— L'Académie procède, par la voie du scrutin, à l'élection de deux correspondants nationaux (2e division).

Classement des candidats : Première ligne, M. de Closmadeuc (de Vannes) ; deuxième ligne, M. Jouon (de Nantes); troisième ligne, *ex æquo* et par ordre alphabétique, MM. Demons (de Bordeaux), Dezanneau (d'Angers), Lannelongue (de Bordeaux), Queirel (de Marseille). MM. de Closmadeuc et Jouon sont élus.

— M. PANAS communique les résultats des expériences qu'il a faites sur l'action de l'érythrophléine comme agent anesthésique dans les opérations pratiquées sur l'œil.

Des expériences faites il y a deux ans, et tout dernièrement encore, sur les animaux et chez l'homme, il résulte que l'érythrophléine provoque sur l'œil de l'inflammation et des douleurs vives; — son action anesthésique est réelle et dure plus longtemps que celle de la cocaïne.

Toutefois, étant donné l'efficacité éprouvée de la cocaïne, l'absence de toute douleur

©BIU Santé

et de tout signe d'inflammation, la possibilité d'en prolonger l'action, en répétant les instillations autant de fois qu'il le faudra, c'est à cette substance qu'il faut donner la préférence pour les opérations sur les yeux, et à aucun titre à l'érythrophléine, dont on s'occupe en ce moment aussi bien en France qu'à l'étranger.

L'emploi thérapeutique de l'érythrophléine contre les granulations et le pannus granuleux tenté par M. Panas ne lui a fourni aucun bon résultat.

— M. Terrillon présente un malade atteint de rétrécissement infranchissable de l'œsophage, et qui depuis huit jours n'avait pu prendre aucun aliment, sur lequel il a pratiqué, il y a un mois, la gastro-stomie. Les résultats de l'opération ont été excellents. Immédiatement après l'opération, le malade a pu digérer les aliments que l'on a introduits dans son estomac et, depuis lors, la nutrition s'est faite chez lui d'une manière parfaite.

L'analyse du suc gastrique a montré que ce liquide avait sa composition normale.

— M. Dujardin-Beaumetz donne lecture du rapport de la commission nommée à l'effet d'examiner les expériences communiquées à l'Académie par le docteur Luys, dans la séance du 30 août 1887.

Voici les conclusions de ce rapport :

« La commission nommée par l'Académie pour examiner les faits avancés par M. Luys, dans la séance du 30 août 1887, au sujet de l'action des médicaments à distance sur les sujets hypnotisés, émet l'avis qu'aucun des effets constatés par la commission n'est en rapport avec la nature des substances mises en expériences et que, par conséquent, ni la thérapeutique, ni la médecine légale n'ont à tenir compte de pareils effets. »

La discussion de ce rapport aura lieu dans une séance ultérieure. M. Luys a demandé à être inscrit le premier pour répondre à M. le rapporteur de la commission.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

M. Alfred Fournier, rapporteur, déclare, au nom de la commission, qu'elle a tenté un grand effort de conciliation, en vue de ne présenter aux pouvoirs publics que des conclusions adoptées sinon par l'unanimité, du moins par la presque unanimité de l'Académie, et de donner ainsi à ces conclusions l'autorité spéciale qu'elles ne pourraient pas avoir si elles émanaient simplement d'une fraction des membres de la Compagnie.

Après mûre délibération, la commission propose une rédaction nouvelle des articles (IV à IX) du rapport qui ont suscité des divergences d'opinion entre les orateurs qui ont pris la parole dans la discussion.

Art. IV. — Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics un ensemble de mesures réglant et fortifiant l'intervention administrative et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et à la surveillance médicale.

Art. VI. — L'Académie émet le vœu que l'inscription de filles se livrant à la prostitution ne soit prononcée que sous la sauvegarde du droit commun.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, mais un hôpital dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

Art. VIII. — Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe.

Art. IX. — Les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans les départements.

En province, les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial.

M. Trélat avait l'intention de prendre la parole pour répondre au discours de M. Léon Le Fort, mais devant les modifications apportées par la commission dans la

rédaction de ses conclusions, modifications qui sont le fruit peu ordinaire d'un énergique effort de conciliation, il se trouve désarmé. Tout ce qu'il avait l'intention de dire, c'est que l'Académie n'avait pas à se préoccuper de la grave question des intérêts de la liberté individuelle, invoquée par la commission, que son unique rôle était de montrer aux pouvoirs publics le grand péril de la propagation croissante de la syphilis, ce bourbier fangeux de la prostitution clandestine, qui est la source où plonge la syphilis pour se recréer sans cesse, pulluler comme dans un vaste bouillon de culture et se propager ensuite avec une effrayante puissance.

Il s'agit moins de mettre dans les mains des pouvoirs publics une arme nouvelle, que de les encourager à faire usage des armes qu'ils ont entre les mains, mais dont ils n'osent pas se servir.

M. Trélat déclare, en terminant, qu'il se rallie aux nouvelles conclusions de la commission, en la remerciant du vigoureux effort qu'elle a fait pour arriver à la conciliation des opinions au sein de l'Académie.

M. Legouest croit devoir relever, dans les nouvelles conclusions de la commission, une inconséquence; d'une part elle réclame le droit commun pour les prostituées; d'autre part, si elles deviennent malade, elle demande leur internement dans un asile spécial jusqu'à complète guérison, les faisant sortir ainsi du droit commun.

En outre, M. Legouest demande comment la commission pourra rendre réalisables dans les départements les mesures qu'elle propose. En province, en effet, les hôpitaux ne sont pas constitués comme ceux de Paris. Fondés et entretenus par des dons ou legs particuliers, ils ont des cahiers de charges qui excluent l'admission des vénériens ou vénériennes. De plus ces hôpitaux sont généralement desservis par des religieuses; enfin ils servent de pensionnats où sont élevées des jeunes filles. On aura certainement presque partout à se heurter contre l'opposition des conseils municipaux et des maires qui se refuseront énergiquement à l'application de ces mesures exposées ainsi à rester lettre morte.

M. Fournier répond à la première objection de M. Legouest, que le droit commun n'est réclamé par la commission que pour les filles non encore inscrites et dont l'inscription alors ne relèverait plus que de l'autorité judiciaire.

Pour le second point, M. le rapporteur insiste sur l'importance qu'il y aurait à ce que les mêmes mesures de prophylaxie et de surveillance fussent établies en province comme à Paris. On pourrait toujours demander que dans chaque hôpital de province, un service spécial fût affecté, à part des services généraux, pour le traitement des maladies syphilitiques.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Lannelongue sur les candidats au titre de correspondants étrangers (deuxième division).

Voici la liste de présentations : première ligne, M. de Saboïa (de Rio de Janeiro); deuxième ligne, M. Lusk (de New-York); troisième ligne, *ex æquo* MM. Horsley (de Londres), Mac Cormack (de Londres), Mac Ewen (de Glasgow), Sayre (de New-York).

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

La Société d'ophthalmologie de Heidelberg a résolu de célébrer, en 1888, l'anniversaire de la 25e année de sa fondation. A cette occasion le Congrès des ophthalmologistes allemands sera transformé en Congrès international. Les docteurs Becker (de Heidelberg), Hen (de Mayence), Stilling (de Strasbourg) sont chargés de la mise à exécution de ce projet. La date du Congrès et fixée au 9 août 1888. — 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

©BIU Santé

(Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

— Par décrets, en date du 1er mars 1888 : 1° M. Straus, agrégé des Facultés de médecine, est nommé professeur de pathologie expérimentale et comparée à la Faculté de médecine de Paris ; — 2° M. Hallez (Paul), docteur ès sciences, est nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lille ; — 3° M. Gérard, docteur ès sciences, agrégé des Ecoles supérieures de pharmacie, est nommé professeur de botanique à la Faculté des sciences de Lyon ; — 4° M. de Forcrand, docteur ès sciences, est nommé professeur de chimie à la Faculté des sciences de Montpellier.

— M. Eugène Trutat, conservateur du Musée d'histoire naturelle de Toulouse, est chargé d'une mission scientifique en Italie, à l'effet d'étudier sur place différentes questions d'histoire naturelle et de visiter les collections italiennes de la faune quaternaire, contemporaine de l'homme primitif.

— M. Marion, professeur à la Faculté des sciences de Marseille, est chargé d'une mission scientifique, à l'effet d'étudier les principales stations zoologiques maritimes de France et d'Europe.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Jacques des Brazza, frère du gouverneur du Congo, qui vient de succomber, à Rome, aux suites d'une fièvre typhoïde.

— Nous avons également le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cadroy (de Bouscat), professeur Combal (de Montpellier), Dauffy (de Moisdon-la-Rivière), Ducos (de Romilly) et Roumégout (de Béliet).

STATISTIQUE VITALE DE LA VILLE DE LYON PENDANT LE MOIS DE JANVIER 1888 (population : 401,930) :

Décès, 831 : m. 423, f. 408 ; mort-nés, 57.
Naissances, 716 (dont 140 illégitimes) : m. 356, f. 360.
Mariages, 249 ; avec contrat, 84 ; sans contrat, 165 ; divorces, 6.
Sur les 831 décès, il y en a 78 au dessous d'un an et 285 au-dessus de 60 ans.

STATISTIQUE VITALE DE LA VILLE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE 1887 (population : 240,289) :

Décès, 5,947 : m. 2,995, f. 2,952 ; mort-nés, 412.
Naissances, 5,355 : m. 2,761, f. 2,504 (dont 1,216 illégitimes).
Mariages, 1,920 ; divorces, 73.
Comme beaucoup de villes françaises, à Bordeaux le chiffre des décès dépasse celui des naissances.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — *Ordre du jour :* A trois heures, réunion du Conseil d'administration (le bureau et MM. Fraigniaud et Horteloup). — Compte rendu du trésorier.

A trois heures et demie, séance ordinaire : 1. M. Bergeron : De l'emploi de l'acide fluorhydrique dans le traitement de la phthisie pulmonaire. — 2. M. Dehenne : Kyste de l'orbite. — Blépharospasme. — 3. Communications diverses.

L'ÉMULSION MARCHAIS est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

SIROP CROSNIER minéral sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — III. Nouvelles de l'étranger. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : Chronique.

BULLETIN

Le rapport de la commission académique nommée pour examiner et contrôler les résultats si curieux communiqués à l'Académie de médecine par M. Luys : sur la sollicitation expérimentale des phénomènes émotifs chez les sujets en état d'hypnotisme, n'a nullement confirmé ces résultats.

Les nouvelles expériences, exposées avec la plus grande clarté par le rapporteur, M. Dujardin-Beaumetz, paraissent avoir été instituées et conduites avec le plus grand soin, de manière à écarter toute cause d'erreur et à ne donner prise à aucune objection sérieuse. En multipliant les épreuves, en les variant de diverses manières, la commission a dévoilé la grande mobilité et l'extrême incertitude des phénomènes produits par les substances médicamenteuses placées à distance, la contradiction absolue des résultats produits par la même substance à plusieurs jours d'intervalle; ce qui a achevé de ruiner le crédit accordé aux premiers résultats obtenus, c'est la production des phénomènes prétendus caractéristiques par des tubes vides, alors que d'autres tubes renfermant des substances actives restaient indifférents.

En somme, le rapport de la commission montre que la bonne foi de M. Luys a été évidemment surprise par les sujets sur lesquels il a expéri-

FEUILLETON

CHRONIQUE

Insuffisance de l'enseignement syphiligraphique en France et à l'étranger. — La réglementation de la prostitution à Honolulu. — Diminution considérable de la rage en Bavière; adoption du système répressif de ce pays par la France. — Société de fécondation artificielle en déconfiture. — Les fumeurs d'opium à Londres.

La discussion actuellement pendante à l'Académie de médecine sur la prophylaxie de la syphilis donne un intérêt particulier à un article d'un éminent syphiligraphe autrichien, M. le docteur Lang, sur l'un des points soulevés dans cette discussion. M. Lang se demande, en effet, si les médecins praticiens des divers pays sont suffisamment versés dans la connaissance et le traitement des affections syphilitiques, et quelles sont les garanties que les divers Etats offrent sous ce rapport. M. le professeur A. Fournier a répondu pour la France, en disant que la grande majorité des médecins lui paraissaient ne posséder que des connaissances insuffisantes sur les maladies vénériennes, et qu'il y avait lieu d'en répandre l'enseignement et de n'accepter comme médecins sanitaires que ceux qui justifieraient, par un examen ou un concours, de notions complètes sur cette branche de la pathologie humaine.

M. Lang constate que l'état de choses actuel ne répond plus aux exigences de la vie moderne : programmes des cours, programmes des examens annuels et des épreuves

©BIU Santé

menté, mais que sa bonne foi reste intacte; il n'y a de détruit que les illusions thérapeutiques qu'on avait fondées sur les expériences si curieuses de MM. Bourru et Burot, et qui ont été renversées comme un fragile château de cartes par les recherches de la commission académique.

La morale de tout ceci, c'est qu'on ne saurait trop se défier des phénomènes présentés par ces sujets bizarres, fantasques, qu'on appelle des *hystériques,* quel que soit leur sexe, et surtout lorsqu'ils sont ou paraissent inconscients.

Signalons encore, à l'Académie, la présentation d'un malade opéré de la gastro-stomie pour un rétrécissement du cardia par M. Terrillon, il y a un mois, et actuellement en bon état; — la continuation de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis; — enfin, l'apparition de l'érythrophléine dans cette savante Société. Cette substance, présentée par M. Panas, lui paraît inférieure à la cocaïne comme anesthésique en ophthalmologie. Il n'est pas inutile de rapprocher de cette communication celle que le professeur Kaposi a faite à la Société médicale de Vienne le 24 février dernier, et d'où il résulte que cette substance ne peut être recommandée comme anesthésique local, et que son emploi doit même être déconseillé à cause de l'irritation qu'elle provoque et des phénomènes toxiques qu'elle peut déterminer à des doses voisines de celles qui sont nécessaires pour avoir une anesthésie locale suffisante.

— A l'Académie des sciences, M. L. Cuénot a donné de nouveaux renseignements sur le développement des globules rouges du sang, et M. Fouque (de Marseille) sur le développement et la marche de la pneumonie contagieuse des porcs dans le Midi. Il semblerait résulter de cette dernière communication qu'il existe dans la Haute-Garonne une race de porcs présentant, vis-à-vis de cette affection, une immunité naturelle comparable à celle des moutons algériens pour le charbon bactérien.

— L'événement le plus important de la semaine nous semble être la communication, à la Société de biologie, des résultats obtenus par MM. Chan-

définitives, éprouvent, dans bien des pays, des difficultés inouïes à sortir de l'ornière, dans les Facultés de médecine, et les études syphiligraphiques en particulier sont restées bien rudimentaires un peu partout. Malgré la haute importance qu'il y aurait à ce que le médecin, quittant les bancs de l'Ecole, pût parfaitement reconnaître et traiter la syphilis, il n'y a cependant que peu de pays en Europe où l'enseignement universitaire semble se préoccuper de la question.

En Italie, la loi prescrit l'étude de la dermato-syphiligraphie et en fait l'objet d'un examen très sérieux à la fin des études pour le doctorat en médecine, fait par un jury spécial, présidé par le professeur de syphiligraphie.

En Russie, tous les élèves en médecine sont obligés de passer deux semestres dans la clinique des maladies syphilitiques et cutanées; à l'Académie médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg, ils y passent quatre semestres; à la fin de leurs études, ils subissent un examen théorique et pratique sur la matière.

En Danemark, on ne permet aux élèves en médecine de subir leurs épreuves finales que lorsqu'ils ont pu prouver qu'ils ont suivi, pendant un semestre au moins, la clinique des maladies cutanées et syphilitiques; les épreuves concernant ces affections sont sévères, et une mauvaise note encourue de ce chef ne peut être compensée par une bonne note obtenue dans d'autres matières.

En Belgique, on n'exige pas absolument la fréquentation de la clinique des affections cutanées et syphilitiques; mais à Liège et à Gand, les candidats au troisième examen de doctorat ont à subir une épreuve pratique sur ce sujet.

temesse et Widal dans leurs essais de vaccination contre la fièvre typhoïde. Bien que ces essais n'aient été faits que sur des souris, ils n'en sont pas moins intéressants; ils montrent, en effet, que ces animaux ne contractent plus la maladie lorsqu'ils ont été soumis à des injections de cultures atténuées provenant du bacille typhique; la souris est vaccinée par ces injections, et celle du liquide le plus virulent, faite ensuite, ne provoque plus l'apparition de la maladie. Cette immunité est due, d'après les auteurs de la communication, à la seule pénétration dans l'organisme de principes chimiques solubles élaborés par les bacilles typhiques. Ces résultats sont évidemment gros de conséquences pratiques importantes; mais quand osera-t-on faire sur l'homme les injections des produits typhiques atténués ?

— La brillante discussion qui vient d'avoir lieu à la Société de chirurgie sur la maladie kystique des mamelles et qui nous a valu les remarquables discours de MM. Brissaud, Quénu et Reclus, nous a montré que l'accord n'était pas encore complet au sujet de cette affection. Pour presque tous les orateurs, c'est une affection spéciale au tissu glandulaire, caractérisée par des kystes nombreux, disséminés, sans tumeur proprement dite, puisqu'il ne reste que la glande saine lorsque les kystes ont été ponctionnés et leur contenu évacué, et le plus souvent bilatérale. Mais ces caractères cliniques appartiennent à d'autres affections : les tumeurs adénoïdes, les fibromes multiples, kystiques ou non, certaines tumeurs inflammatoires (Phocas, Tillaux); au point de vue anatomique, les lésions que MM. Brissaud et Reclus considèrent comme un épithélioma intra-canaliculaire, acineux, sont dites par M. Quénu : cirrhose épithéliale kystique, et M. Kirmisson, comme M. Quénu, pense qu'il importe de distinguer l'épithélioma intra-canaliculaire de la maladie kystique de la mamelle. Au point de vue des indications thérapeutiques, mêmes incertitudes; s'il s'agissait d'un épithélioma, comme le prétend M. Reclus, il faudrait enlever les deux mamelles; or lui-même reconnaît que, dans certains cas, on peut s'abstenir d'opérer, et MM. Trélat, Quénu, Verneuil, etc., sont du même avis;

Tandis que ces pays, qui passent pour les moins avancés dans la civilisation moderne, ou pour avoir moins d'importance que les autres dans le concert enropéen, sont en tête des autres dans cette importante question de l'étude officielle, obligatoire de la syphilis, les autres pays, dits plus civilisés, semblent conserver à cet égard une indifférence dont s'étonne à bon droit M. Lang.

En Autriche, le hasard seul fait que l'on interroge aux examens les candidats sur la syphilis; il faut, pour cela, que l'un des deux examinateurs que l'on nomme tous les ans soit un syphiligraphe. L'Allemagne n'est pas mieux partagée, et, pour la France, il suffit de lire le rapport présenté par M. Fournier à l'Académie de médecine, pour voir qu'il reste énormément à faire à ce point de vue.

Il y a lieu de s'étonner d'autant plus de cet ordre de choses, consacré depuis de longues années par la routine dans les grands Etats de l'Europe centrale, que les éléments d'études n'y manquent pas, que les Universités en sont largement dotées, que les chaires de dermatologie et de syphiligraphie y sont occupées par des spécialistes éminents, et qu'il suffirait d'une disposition législative pour obliger les étudiants à suivre ces cliniques spéciales dont l'enseignement serait sanctionné par des épreuves sérieuses et éliminatoires. Lorsque les médecins auront cette instruction spéciale, alors seulement pourront être évités ces malheurs si fréquents que tout le monde déplore : infection d'un nourrisson sain par une nourrice malade ou de la nourrice saine par un enfant syphilitique; mariages de syphilitiques mal guéris, infection de la jeune femme par le mari, avortements à répétition, naissance d'enfants morts ou étiolés, etc.

©BIU Santé

M. Terrier a même déclaré qu'il n'opérait plus maintenant des cas pour lesquels il avait autrefois conseillé l'ablation.

En attendant que les histologistes soient d'accord entre eux et avec les cliniciens, il faut s'en tenir aux sages réserves exprimées par M. Trélat : « Ponctionner toutes les tumeurs que l'on croit pouvoir ranger parmi les tumeurs kystiques de la mamelle, et, si après l'évacuation des kystes il ne reste aucun noyau induré, on s'abstiendra. Si, au contraire, après la ponction, il reste un noyau dur, une tumeur, on devra conclure à la présence d'un néoplasme et l'enlever. » — L.-H. P.

— L'Académie de médecine, dans sa séance du 6 mars, a nommé deux membres correspondants nationaux appartenant à la section de chirurgie. Dans cette nomination, elle a eu la main heureuse; son choix a porté sur deux de nos plus distingués confrères, les docteurs de Closmadeuc (de Vannes) et Jouon (de Nantes). Elle n'avait, du reste, que l'embarras du choix; les autres candidats portés sur sa liste, non moins méritants, arriveront honorablement à leur tour. Cette fois, c'est notre vieux et beau pays de Bretagne qui a eu tout l'honneur.

Le docteur de Closmadeuc, chirurgien en chef de l'hôpital de Vannes, est un chirurgien heureux — lisez habile — qui, à trois reprises, a fait avec succès l'opération césarienne, et s'est distingué en pratiquant un des premiers en France l'ovariotomie, qui lui a donné également des résultats très beaux. A ses éminentes qualités chirurgicales, il sait en joindre d'autres, qui sont loin de les déparer. Historien, archéologue, il a publié des recherches intéressantes sur des sujets divers, entre autres sur la pharmacie à Vannes, et sur les chirurgiens et barbiers en Bretagne, avant la Révolution. Ses écrits se font remarquer par l'érudition et par le charme du style.

Le docteur Jouon, professeur d'anatomie à l'Ecole de plein exercice de Nantes, auteur de travaux importants, chirurgien heureux à la manière de notre confrère de Vannes, est sorti le premier de sa promotion au concours de l'internat à Paris en 1858; ce succès est tout un jugement. — G. R.

***

M. le docteur Henry Goulden a étudié un autre point de la question qui nous occupe, la prophylaxie de la syphilis et la réglementation de la prostitution à Honolulu, dans les îles Havaï. La syphilis y était extrêmement répandue il y a quelques années; elle est maintenant relativement rare, grâce aux efforts dévoués du corps médical et à l'intervention gouvernementale. Il faut nommer avant tout le docteur Robert M. Kibben, chirurgien en chef de l'hôpital de la Reine, qui a dirigé et établi les règlements sanitaires.

Le système adopté à Honolulu est celui qui a existé jusqu'à présent en France et que M. Fournier tend à renverser.

Toute prostituée est enregistrée avec son nom, son âge, son adresse. Un examen hebdomadaire a lieu au dispensaire du gouvernement dans un local spécial attenant à l'hôpital de la Reine. Si l'examen découvre une affection vénérienne, syphilis ou blennorrhagie, ou quelque maladie utérine ou vaginale, la malade est obligée d'entrer à l'hôpital, où se trouve un service spécial pour ce genre d'affection. Elle reste en traitement jusqu'à ce qu'elle soit guérie ou considérée comme incapable de communiquer la maladie.

Si une prostituée abandonne l'hôpital sans permission, ou sans avoir son certificat de santé, événement fréquent malgré la surveillance, elle est recherchée par la police spéciale et réintégrée à l'hôpital. Dans le cas d'une seconde tentative d'évasion, elle est mise

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mars 1888.

Développement et marche de la pneumonie contagieuse des porcs dans le Midi, par M. Fouque (de Marseille). — Voici les conclusions de ce travail :

1° L'épizootie de pneumonie contagieuse qui a sévi en 1887 dans le midi de la France, et qui, à cette heure, y continue encore ses ravages, y a été importée par des porcs algériens venus de la province d'Oran ;

2° Cette maladie a fait, en quelques mois, dans le département des Bouches-du-Rhône, plus de 20,000 victimes ;

3° Les porcelets et surtout les porcs de 3 à 9 mois sont les plus atteints ; les porcs gras paraissent moins exposés à la maladie en question ;

4° Les métis marseillais, les porcs anglais du Yorkshire et du Berkshire et les porcs russes résistent moins à la maladie que les porcs africains ;

5° On a introduit, il y a environ deux mois, dans une porcherie de Gignac, 50 porcs de 2 à 3 mois, originaires de Cazères et du Fousseret, dans l'arrondissement de Muret (Haute-Garonne) ;

6° Ces porcs, placés dans des loges qui avaient contenu des malades et qui n'avaient été que très imparfaitement désinfectées, sont restés en bonne santé, tandis que plus de cent cas de pneumonie contagieuse étaient constatés autour d'eux dans la même porcherie ;

7° Se trouverait-on en présence d'un nouvel exemple d'immunité naturelle comparable à celui — signalé il y a déjà longtemps par M. Chauveau — des moutons algériens relativement au charbon bactéridien? C'est là un point qui reste encore à l'étude.

Développement des globules rouges du sang, par M. L. Cuénot. — L'auteur a étudié le développement des hématies chez les vertébrés inférieurs, les poissons, les batraciens, les reptiles, les oiseaux. Chez eux les futures hématies quittent la rate à l'état de simples noyaux très réfringents ; d'autres noyaux plus volumineux, moins réfringents et paraissant pourvus d'un double contour, s'animent de mouvements amiboïdes et, devenus leucocytes, quittent la rate pour aller se mêler au sang circulant.

---

en prison et gardée un certain temps. A l'expiration de sa peine, on la conduit dans le local le plus confortable de l'hôpital, où elle est soumise au traitement. Pendant le temps de la détention à la prison, la malade est traitée par le médecin de l'établissement, qui a été mis au courant de l'histoire pathologique de la détenue.

***

La question de la prophylaxie de la rage semble résolue en Bavière d'une manière non pas scientifique, mais administrative et pratique ; la rage a presque complètement disparu de ce pays ; depuis 1876, il n'y a jamais eu plus d'un cas de mort par an, et souvent il n'y en a pas eu du tout ; il n'y eut que 3 morts dans les sept dernières années, sur une population de cinq millions et demi d'habitants.

Les moyens mis en œuvre en Bavière méritent donc toute l'attention des législateurs. Ces moyens se réduisent, en somme, à des règlements très sévères contre les chiens errants. Sous peine de mort immédiate, tout chien doit avoir un maître responsable, et porter au cou une médaille métallique où se trouvent inscrits l'acquit de la taxe sur les chiens pour l'année courante et le numéro matricule du chien sur les registres du district. Cette médaille, qui sert en quelque sorte de passeport à l'animal, est délivrée au bureau de police ; on peut donc savoir, en apercevant un chien, s'il a satisfait aux prescriptions légales et payé la taxe. Toutes les fois que son maître l'acquitte, c'est-à-dire une fois par mois au moins, il est tenu de présenter le chien à l'examen du vétérinaire officiel, qui accorde la médaille si l'animal est en bonne santé, ou le met en fourrière si

©BIU Santé

Quant aux noyaux venus de la rate et destinés à devenir des hématies, si on les examine dans le sang, on constate que le noyau splénique est d'abord entouré d'une mince couche de protoplasme, parfaitement lisse et incolore ; on voit peu à peu celle-ci s'écarter, en dessinant un contour ovale ou circulaire régulier ; à la surface du noyau se forment de petits granules réfringents qui s'en détachent en plus ou moins grand nombre (jusqu'à une dizaine) pour tomber dans la cavité cellulaire, où ils se déplacent avec de vifs mouvements browniens.

Le développement continue ainsi ; l'hématie, toujours incolore, augmente progressivement de taille. On voit se détacher du noyau de nouveaux granules réfringents, qui parcourent en tous sens la cavité de l'hématie ; le noyau diminue naturellement d'autant. Enfin, lorsque l'hématie se rapproche de sa taille adulte, commence la sécrétion de l'hémoglobine ; dans la cellule, qui a tout à fait la forme d'un globule adulte moins la couleur, et qui présente toujours son noyau réfringent et ses granules browniens, on voit apparaître une teinte jaunâtre, aussi légère qu'on puisse l'imaginer, qui est le premier indice de l'hémoglobine ; cette teinte se fonce graduellement, et on arrive à un globule rouge bien coloré, ayant cependant son noyau réfringent, bien diminué de volume, et ses granules browniens, ceux-ci se déplaçant toujours dans la cavité pleine d'hémoglobine, ce qui montre, à n'en pas douter, qu'il n'y a aucun stroma interne.

Enfin l'hématie atteint sa taille adulte ; les granules browniens disparaissent complètement ; l'hémoglobine a sa teinte normale, mais le noyau garde toujours sa réfringence et son aspect spécial ; son rôle étant terminé, il diminue beaucoup de volume et se laisse peu à peu envahir par l'hémoglobine, ce qui le rend assez difficile à bien distinguer. Le globule rouge est alors arrivé à l'état parfait.

Le noyau paraît donc avoir un rôle important dans la formation de l'hémoglobine. Les granules qui s'en détachent jouent-ils le rôle d'un ferment ou apportent-ils le fer nécessaire à la constitution de cet albuminoïde ? Toujours est-il que l'hémoglobine apparaît toute formée dans l'hématie primitivement incolore, et qu'elle se concentre peu à peu, à mesure que les granules browniens disparaissent.

Chez les vertébrés supérieurs (mammifères), les hématies, par suite des diverses dispositions anatomiques, se développent entièrement dans la rate et ne passent dans le sang qu'à l'état parfait. Le noyau, au lieu de persister, même très amoindri — comme chez les vertébrés inférieurs — se dissout entièrement pendant la formation de l'hémoglobine ; c'est la seule différence ; au fond, le procédé évolutif est morphologiquement le même.

---

cette santé laisse à désirer. La forme et la couleur de la médaille étant différentes non seulement selon l'année, mais selon le district, il est toujours aisé de voir si un chien est du pays et a satisfait à ses prescriptions ; sinon, toute personne a le droit et même le devoir civique de le faire mettre en fourrière.

On peut trouver ces prescriptions méticuleuses et vexatoires, « mais, dit le rédacteur des *Annales d'hygiène publique*, elles ont leur excuse dans le résultat, qui est de tout point satisfaisant. D'abord pour le Trésor, qui tire de l'impôt sur les chiens un revenu important ; puis pour la santé publique, définitivement affranchie en Bavière du fléau de l'hydrophobie. Il faut dire que le règlement n'y reste pas lettre morte ; qu'il est appliqué avec la plus grande rigueur, et que tout chien errant ou suspect est immédiatement supprimé. Dussent les belles recherches de M. Pasteur être rendues plus difficiles par la disparition graduelle de la rage, il faut donc souhaiter que le système bavarois soit immédiatement mis à l'étude et appliqué en France. »

* * *

En attendant qu'il soit appliqué, ce système vient d'être sérieusement étudié. En effet, dans sa dernière séance, le Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine a entendu la lecture du rapport de M. Alexandre sur la rage des animaux et approuvé les conclusions suivantes :

« 1° Nomination dans chaque arrondissement de Paris et dans chaque canton suburbain de vétérinaires préposés à la visite des animaux suspects ; 2° transport à la four-

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 25 février 1888. — Présidence de M. DE RANSE.

Lecture et adoption du procès-verbal.

M. DEHENNE : A propos du procès-verbal, je viens demander à la Société d'apporter une légère modification à la rédaction de nos procès-verbaux. Je voudrais que la discussion d'un travail lu en séance fût précédée d'une très courte analyse de ce travail, deux ou trois lignes, pas plus ; comme cela se fait partout, du reste, à l'Académie comme à la Société de chirurgie. Sans cela la lecture du procès-verbal est absolument incompréhensible, et le lecteur, ne jugeant du travail que par la discussion, peut croire que l'auteur n'a dit que des sottises.

Deux ou trois lignes de résumé ne changeront pas beaucoup le procès-verbal, et tout le monde y gagnera. Il s'agit tout simplement de substituer au titre du travail un résumé que l'auteur remettra lui-même au secrétaire général en commençant sa lecture. En particulier, à la Société d'ophthalmologie, cette manière de faire a été très appréciée.

Cette proposition est adoptée, sauf avis du comité de publication. (Article 9 du règlement.)

Correspondance imprimée. — Journaux et revues de la quinzaine;

Circulaire de l'Association française pour l'avancement des sciences, annonçant que sa 17e session aura lieu à Oran du 29 mars au 3 avril, et invitant la Société de médecine à s'y faire représenter;

Bulletin de la Société de médecine de l'Yonne, t. XXVII, année 1886;

Compte rendu de l'inauguration de la statue de Nicolas Leblanc et médaille commémorative en bronze. (Remerciements et dépôts aux archives.)

M. DELIGNY lit une observation d'*urticaire pigmentée*. (Sera publiée.)

M. RELIQUET : Dans l'observation que vient de nous lire M. Deligny, les graviers étaient-ils organisés ou étaient-ce de simples cristaux?

M. DELIGNY pense que ce n'était pas simplement de l'acide urique cristallisé, mais probablement de l'urate de soude.

M. DUROZIEZ lit un mémoire intitulé : *Angio-sclérose*. (Sera publié.)

---

rière des animaux suspects, suivant la définition du mot suspicion donnée au cours du rapport (tout animal qui, *sans provocation*, mord les personnes ou les animaux, *est suspect*); 3° appropriation d'un local spécial, servant de fourrière, dans chaque chef-lieu de canton de la banlieue; 4° création d'un laboratoire à l'usage du service vétérinaire sanitaire.

« La Commission insiste de nouveau sur la nécessité absolue de supprimer les chiens errants à l'aide des mesures qui suivent : *a*) Utilisation du personnel des gardiens de la paix, ou, à son défaut, création d'un personnel spécial; *b*) obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le paiement de la taxe, médaille dont le modèle variera chaque année; *c*) application rigoureuse des articles 53 et 54 du décret du 23 juin 1882, ainsi conçus : Art. 53. L'autorité administrative pourra, lorsqu'elle croira cette mesure utile, particulièrement dans les villes, ordonner par arrêté que tous les chiens circulant sur la voie publique soient muselés ou tenus en laisse. — Art. 54. Lorsqu'un cas de rage a été constaté dans une commune, le maire prend un arrêté pour interdire, pendant six semaines au moins, la circulation des chiens, à moins qu'ils ne soient tenus en laisse. La même mesure est prise pour les communes qui ont été parcourues par un chien enragé. »

* * *

Le *Progrès médical* raconte un procès curieux destiné à avoir un grand retentissement, s'il ne se juge à huis-clos. Il s'agit d'un système qui, suivant l'inventeur, mettrait fin à l'un des maux, le plus grand peut-être, qui désolent l'humanité.

©BIU Santé

M. DE RANSE demande quel rôle M. Duroziez fait jouer aux veines dans le goître exophthalmique?

M. DUROZIEZ croit que les veines sont dilatées par paralysie du grand sympathique, mais non altérées dans leur structure.

M. LUC : Messieurs, je désire vous communiquer une nouvelle observation d'*ozène trachéal* que je viens de recueillir à mon dispensaire, et qui, jointe aux trois faits sur lesquels s'appuie mon récent travail paru, le 16 de ce mois, dans les *Annales de laryngologie*, porte à quatre le nombre des malades atteints de cette localisation spéciale de l'ozène, que j'ai eu l'occasion d'observer depuis le mois d'octobre dernier.

Avant de vous entretenir de ce nouveau fait, je vous demanderai la permission de vous rappeler les points principaux du travail sus-mentionné. Je ne puis mieux faire, pour vous le résumer le plus rapidement possible, que de vous en énumérer les conclusions :

1° Il existe une variété de trachéite observée, jusqu'ici, en concomitance avec l'ozène nasal, mais pouvant, une fois établie, évoluer indépendamment de lui, caractérisée par la fétidité de ses sécrétions, dans lesquelles le microscope révèle la présence de micro-organismes semblables à ceux qui ont été observés dans les croûtes nasales des ozéneux et pour laquelle nous proposons la dénomination d'ozène trachéal.

2° Les croûtes observées sur les parois de la trachée ne sont pas des produits migrateurs descendus du nez; elles sont autochtones, nées sur place; car on les voit, plusieurs semaines durant, s'éliminer par l'expectoration et se reformer tour à tour, alors que les cavités naso-pharyngiennes sont maintenues, pendant ce temps, d'une façon ininterrompue, dans un état de propreté parfaite, à l'aide d'irrigations journalières.

3° L'ozène trachéal se manifeste cliniquement : par l'expectoration, surtout le matin, de crachats verdâtres, visqueux, épais, exhalant l'odeur *sui generis* de l'ozène; par la persistance de la fétidité de l'haleine, après le lavage des fosses nasales, enfin par ce fait que l'air expiré est aussi fétide par la bouche que par le nez.

4° Le diagnostic présumé, grâce aux symptômes précédents, ne pourra être solidement posé qu'après l'examen laryngoscopique qui révèle, sur les parois trachéales, la présence des croûtes caractéristiques.

5° L'ozène trachéal aggrave notablement le pronostic de l'ozène nasal, en rendant les lavages naso-pharyngiens impuissants à faire disparaître la fétidité de l'haleine.

6° On peut, grâce à des inhalations de vapeurs ou de liquides pulvérisés, opérer le

---

La statistique démontre qu'il y a, rien qu'en France, plus de deux millions de femmes stériles. N'y a-t-il donc pas de remède à cette cause menaçante de décroissance de la population? On a beaucoup parlé, il y a quelque temps, d'un système dont l'application a été critiquée et flétrie comme immorale et dangereuse. On se rappelle même peut-être, à ce sujet, certaine thèse hardie qui fut refusée par l'Ecole de médecine de Paris.

Pareille mésaventure ne pouvait arriver à M. Billebault du Chaffaut, l'inventeur qui nous occupe, car il s'est contenté de prendre un brevet pour son appareil le « fécondateur naturel, scientifique et automatique ». Il est vrai que ce n'est qu'un brevet s. g. d. g., comme tous les autres, et, dans une brochure qui porte pour épigraphe : *Do vitam*, il s'empresse de déclarer : « qu'il est d'accord avec la religion, la morale et la loi ». Son invention, ajoute-t-il, « ouvre une voie nouvelle à la callipédie », et « ni l'âge mûr des conjoints ni leur apparente incapacité ne sont un empêchement dans la nouvelle méthode ».

Une pareille découverte demandait à être répandue et exploitée. Aussi, le 26 août dernier, une Société civile en participation était-elle fondée entre l'inventeur, M. Billebault du Chaffaut, et MM. Clostre et Schwob, en qualité de commanditaires. On louait un vaste appartement dans le centre de Paris; on le meublait avec luxe, et l'on s'entendait avec un médecin qui devait opérer sous sa responsabilité. En même temps était publiée la fameuse brochure qui portait sur sa couverture, comme une promesse, les mots : *Do vitam;* et des époux, chaque jour plus nombreux, franchissaient le seuil de ces salons, où l'espoir leur était rendu.

ramollissement, puis le détachement des croûtes adhérentes aux parois trachéales, mais on les voit se reformer, pour peu que le traitement soit suspendu.

Telles sont les conclusions auxquelles m'amenait, il y a deux mois, l'observation des trois malades encore en observation à cette époque.

L'observation ultérieure de ces mêmes malades, d'une part; d'autre part, l'étude du quatrième cas qui s'est depuis présenté à nous, nous a mis à même d'acquérir quelques notions nouvelles sur l'affection dont il s'agit ici et de modifier quelques-unes de nos conclusions.

Le nouveau fait que nous avons l'honneur de vous soumettre se rapporte à une jeune femme, Cécile G..., âgée de 24 ans, qui s'est présentée à notre dispensaire à la fin de janvier dernier, accusant la plupart des troubles particuliers à l'ozène : encombrement des fosses nasales par des croûtes fétides d'une expulsion difficile, perte de l'odorat, fétidité de l'haleine. Elle faisait remonter le début de sa maladie à une dizaine d'années, et se plaignait d'être sujette, depuis la même époque, à des enrouements fréquents. Au moment où la malade nous consulta, cet enrouement existait assez accusé.

L'inspection des fosses nasales nous y révéla les symptômes objectifs de l'ozène, au grand complet, avec cette particularité que les croûtes, d'une fétidité relativement modérée, étaient beaucoup moins abondantes, dans les cavités nasales proprement dites que dans la cavité pharyngienne rétro-nasale qu'il était extrêmement facile d'inspecter en détail, en raison de l'intervalle tout à fait anormal qui séparait le voile du palais de la paroi pharyngienne postérieure.

A l'examen laryngoscopique, nous trouvâmes les cordes vocales rosées, se rapprochant mal, par suite du gonflement de la muqueuse pré-aryténoïdienne et de la présence, sur cette dernière région, de croûtes semblables à celles des fosses nasales.

Nous pûmes également faire un bon examen de la trachée et constater que les mêmes dépôts existaient sur les parois de ce conduit. Il nous fut facile d'obtenir l'élimination de toutes les croûtes naso-pharyngiennes, à l'aide d'un lavage pratiqué avec une solution tiède d'acide borique.

La fétidité de l'haleine qui persistait encore ne disparut qu'après que les croûtes laryngo-trachéales eurent été expulsées, à la faveur d'inhalations d'une solution de thymol pulvérisé.

En renouvelant alors l'inspection laryngoscopique, nous observâmes que la muqueuse pré-aryténoïdienne, maintenant débarrassée des croûtes qui la recouvraient, était d'une

---

Mais l'harmonie parfaite qu'on rêvait pour l'humanité devait également rester un rêve pour les divers associés, et, les difficultés s'aggravant, force fut de s'adresser à la justice.

Un procès est actuellement pendant devant le tribunal de commerce. En attendant sa solution, M. Billebault du Chaffaut, soucieux du sort de son invention, est venu, en référé, demander la nomination d'un séquestre pour veiller à la conservation du brevet, des appareils, de la correspondance et de la comptabilité.

M. le docteur D..., qui, sous le nom de docteur Stellow, donnait les consultations, s'y est opposé en invoquant le secret professionnel, en ce qui concernait au moins la correspondance. MM. Clostre et Schwob, les commanditaires de l'entreprise, se sont joints à lui pour repousser la nomination d'un séquestre.

Le juge des référés a nommé M. Hue séquestre, mais avec une réserve relative à la correspondance : M. Hue devra remettre les lettres à M. le docteur Le Paulmier, commis à cet effet, lequel en prendra connaissance, et, après avoir répondu aux clients, s'il le juge convenable, les rendra cachetées au séquestre en attendant que celui-ci les restitue à qui de droit.

* * *

L'*Echo*, de Londres, vient de publier un intéressant article sur la colonie de Célestes qui s'est installée dans le voisinage des docks de cette ville. Nous en extrayons ce qui est relatif aux tripots, aux boutiques chinoises où l'on fume l'opium.

©BIU Santé

teinte rouge vif, mamelonnée, épaissie et manifestement enflammée. La muqueuse trachéale se montrait également rouge et épaissie.

Depuis, nous n'avons pas eu l'occasion de revoir cette malade et de suivre l'évolution de son affection. Cependant cette observation qui se borne presque à un examen rhinoscopique et laryngoscopique méritait d'être publiée à la suite des précédentes, puisque, contrairement à celles-ci, elle établit nettement la participation possible du larynx à la maladie et mérite à vrai dire la dénomination d'*ozène naso-pharyngo-laryngo-trachéal*. Nous avions en effet insisté, dans notre travail, sur l'absence constante de croûtes dans le larynx de nos malades et nous cherchions à expliquer cette particularité par l'extrême mobilité et contractilité de cet organe, le rendant impropre à la formation de tout dépôt à son intérieur.

Notre dernière observation établit que, si c'est là une règle, elle est sujette à des exceptions.

Dans le même travail auquel nous venons de faire allusion, nous nous montrions peu encourageant au point de vue des résultats curatifs du traitement dirigé contre l'ozène trachéal, et nous constations que les croûtes trachéales se reformaient d'une façon désespérante après qu'on avait réussi à les éliminer au moyen d'inhalations humides.

L'observation ultérieure de notre troisième malade (Edouard F...) est venue heureusement modifier notre opinion à ce sujet, et après l'avoir, pendant un mois, soumis à des lavages naso-pharyngiens, à des inhalations de thymol pulvérisé et à des insufflations intra-trachéales d'iodoforme pulvérisé, nous avons eu la satisfaction de remarquer que les sécrétions fétides de la muqueuse trachéale avaient notablement diminué.

La dernière fois que nous avons vu ce malade, sa trachée était absolument indemne de croûtes, bien que, depuis cinq jours, il se fût complètement abstenu de toute inhalation.

Nous tenons aussi, en terminant, à dire un mot des bons effets que nous avons éprouvés de l'emploi de l'eucalyptol à l'intérieur, soit sous forme de capsules, soit sous forme de miel, tel qu'il est préparé par Chevrier.

L'usage de cette dernière préparation a notablement contribué à faire disparaître la fétidité de l'haleine chez notre première malade, dont les sécrétions trachéales particulièrement tenaces n'étaient expulsées qu'au prix des plus grandes difficultés.

M. Ladreit de Lacharrière : Je ne connaissais pas l'ozène trachéal. Dans ces derniers temps, je me suis souvent occupé de l'ozène, et j'en ai cherché les causes ailleurs que

---

Les Chinois et Chinoises ne sont pas seuls à s'adonner à ce vice; il y a aussi des Anglaises qui ont la passion de l'opium. Le rédacteur de l'*Echo* a trouvé là une de ses compatriotes qui, mariée à un Chinois, patron d'un de ces bouges, a fini par succomber à ce terrible vice dont elle ne put guérir, malgré tous ses efforts. Voici comment elle raconte l'histoire de sa chute :

» Quand j'arrivai ici, je trouvais cela terrible et cela me faisait horreur. Mon mari, puis d'autres, me dirent : « Essayez! » Enfin, j'y goûtai; puis encore, et encore, car vous ne savez pas comme c'est bon, l'opium, et je finis par en désirer encore et toujours. Je ne pouvais plus m'en passer sans éprouver d'épouvantables douleurs. Je ne pouvais ni manger, ni boire, si je n'avais pas fumé de l'opium; mais je savais que je me tuais et je pris une résolution hardie. Je partis pour la campagne, et je restai auprès d'une tante où je savais ne pas trouver d'opium.

« Mes souffrances pendant ces trois semaines furent quelque chose d'horrible, puis il me sembla que j'étais guérie. Naturellement il m'a fallu revenir ici; c'est comme si l'on avait envoyé un ivrogne corrigé dans une taverne. La tentation était trop forte. Les fumées de l'opium surmontèrent ma résolution et je recommençai. Je tâchai, oh! de toutes mes forces, de me guérir en en prenant moins, mais ma volonté faiblit. Je ferais tout au monde pour échapper à l'opium; mais c'est impossible tant que je resterai ici. »

Espérons que ces horreurs nous seront épargnées, et qu'aux fléaux multiples qui déciment la vieille Europe ne viendra pas s'ajouter celui-ci.

Simplissime.

dans le nez, mais je ne les avais pas trouvées dans la trachée. Le traitement local est souvent insuffisant; j'y ajoute depuis trois ans l'iodoforme à l'intérieur (10 à 15 centigr. par repas). Ce traitement donne à l'haleine une odeur iodoformée.

L'ozène, d'ailleurs, est souvent due à des ulcérations de nature scrofuleuse, et il faut traiter les ulcères par des topiques, parmi lesquels je me suis bien trouvé du sublimé.

M. Reliquet : De quel médicament se sert M. Luc?

M. Luc : Thérapeutiquement, je n'ai parlé que d'un moyen, les vaporisations, qui agissent mécaniquement; j'ai employé l'iodoforme en insufflations au moyen d'un tube recourbé passant derrière l'épiglotte. A l'intérieur, l'eucalyptol m'a donné d'excellents résultats. Je ne partage pas l'opinion de M. Ladreit de Lacharrière relativement à la fréquence des ulcérations; beaucoup de spécialistes ne croient pas à leur existence. Dans 200 ou 300 cas, je ne les ai pas rencontrées une seule fois, à moins qu'elles ne ne soient dues à la syphilis. L'ozène est-il de nature scrofuleuse? Cela est bien douteux ; c'est un rapport qui n'est plus guère admis.

M. Ladreit de Lacharrière : J'ai vu des ulcérations du pharynx chez des ozéneux. A la première occasion, je serai heureux de les faire constater à M. Luc.

M. Luc : Je ne nie nullement l'existence des ulcérations du nez ou du pharynx chez les scrofuleux, mais je ne crois pas qu'elles soient la cause de l'ozène.

M. Graux : Est-ce que les vaporisations et les inhalations d'iodoforme n'ont pas l'inconvénient de faire tousser le malade ?

M. Luc : Nullement. Elles sont beaucoup mieux supportées qu'on ne le croirait; les vaporisations à l'acide thymique me paraissent les meilleures.

M. Fraigniaud : Il y a des ozéneux qui guérissent sans aucune médication. L'action de l'iodoforme n'est-elle pas un simple masque d'odeur? M. Luc a-t-il suivi ses malades alors qu'ils ne faisaient plus aucun traitement? La guérison persistait-elle ?

M. Luc : Dès que les croûtes disparaissent, il n'y a plus d'odeur.

M. Ladreit de Lacharrière : Je persiste à croire que les croûtes ont une cause interne, qu'elles ne sont pas seulement un effet mécanique. Je pense donc qu'il faut chercher à modifier la muqueuse, et c'est pourquoi j'attache une grande importance au traitement général, et notamment à celui par l'iodoforme.

M. de Ranse : Le microcoque que l'on a trouvé dans l'ozène joue-t-il un rôle essentiel?

M. Luc : Il y a encore bien des inconnues dans l'histoire de l'ozène, et l'on ne saurait, je crois, décider actuellement quel est au juste le rôle de cet infiniment petit.

— M. Polaillon communique une observation de blessure par arme à feu. Un individu reçoit deux coups de revolver, l'un à la région épigastrique, l'autre au-dessus de la fourchette sternale. Porté à la Pitié, il est examiné le lendemain par M. Polaillon, qui retire de la plaie supérieure une balle coiffée d'un morceau de cravate de 12 centimètres de long; point d'hémorrhagie extérieure. Le blessé succombe le lendemain. A l'autopsie, on constate que la balle qui avait pénétré au-dessus du sternum avait coupé le pneumo-gastrique du côté gauche, ainsi que la carotide primitive du même côté, mais l'artère n'était coupée qu'en partie, et le lambeau de cravate avait formé bouchon et déterminé la production d'un caillot oblitérateur. Il y avait, en outre, un épanchement de sang considérable dans la plèvre. La balle de la seconde blessure n'a pas été retrouvée.

A ce sujet, M. Reliquet rappelle qu'en 1878, il a vu un blessé qui avait reçu un éclat d'obus à la partie postérieure du crâne; cet éclat était enchâssé dans l'occipital, et chaque fois qu'on essayait de l'ébranler, il y avait une hémorrhagie formidable. Le blessé succomba le huitième jour à des accidents cérébraux : les sinus étaient largement ouverts, et l'éclat d'obus formait exactement bouchon sur la plaie.

— **La séance est levée à cinq heures et demie.**

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Le professeur Rovighi est chargé de l'enseignement de la Clinique médicale à l'Université de Modène.

— La Société des médecins et chirurgiens de Lombardie a tenu, le 5 février dernier, sa séance générale. Les membres de cette Société sont au nombre de 169, chiffre peu considérable eu égard au nombre des médecins établis dans cette province.

Ch. S.

COURRIER

Congrès français de chirurgie. — La séance d'inauguration se tiendra lundi 12 mars, à deux heures, sous la présidence de M. le professeur Verneuil, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, 3, avenue Victoria.

Les séances du Congrès auront lieu tous les jours de la semaine, sauf le jeudi, à neuf heures et à trois heures.

— M. le professeur Mathias-Duval commencera son cours d'anthropologie (embryologie comparée), le lundi 12 mars 1888, à cinq heures du soir, à l'Ecole d'anthropologie, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

Il traitera cette année, dans la première partie de son cours, du troisième œil des vertébrés ; et dans la seconde partie, de la segmentation vertébrale et des organes segmentaires uro-génitaux.

Association française pour l'avancement des sciences. — *Congrès d'Oran.* — Le Congrès s'ouvrira le jeudi 29 mars, sous la présidence du colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des arts et métiers; la clôture aura lieu le 3 avril. Diverses excursions suivront la clôture de la session.

Les personnes, qui désirent prendre part à ce Congrès et jouir des avantages qui ont été accordés par les Compagnies de chemins de fer et la Compagnie générale transatlantique, sont priées de s'inscrire *sans retard* au secrétariat de l'Asscciation, Hôtel des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, les délais nécessaires pour les formalités à remplir auprès des Compagnies obligeant à clore sans délai la liste d'inscription.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 12 mars 1888, à quatre heures, au Palais de Justice, salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. MM. Brouardel et Laugier : Rapport médico-légal. Rupture spontanée de l'utérus pendant l'accouchement. Poursuites contre le médecin accoucheur. Non-lieu. — 3. M. le docteur Richardière : Un cas de péritonite suraiguë, causée par une chute sur le ventre, sans lésion de la paroi abdominale ni des viscères intra-abdominaux. — 4. M. Vibert : Note bibliographique sur les travaux publiés à l'étranger sur les traumatismes consécutifs aux accidents de chemin de fer. — 5. Discussion sur les traumatismes consécutifs aux accidents de chemin de fer. — 6. Communications diverses.

Société médico-pratique. — Séance du 12 mars. — *Ordre du jour* : 1. M. Gautrelet : Contribution à la séméiologie urinaire ; traduction graphique des résultats analytiques. — 2. M. Cadier : Cas de contagion de la tuberculose laryngée entre conjoints. — 3. M. Berne : Quelques considérations sur le traitement des névrites brachiales par le massage. — 4. Election de trois membres titulaires.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. P. Duroziez : Placenta; granulations crétacées; adhérence. Angio-sclérose. Souffle placentaire. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier.

BULLETIN

La troisième session du Congrès français de chirurgie a été inaugurée hier dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, que l'administration avait mis gracieusement à la disposition du comité d'organisation du Congrès. Autour du président, M. le professeur Verneuil, et du vice-président, M. le baron Larrey, on remarquait sur l'estrade M. Monod, directeur de l'Assistance publique, représentant M. le ministre de l'intérieur; M. Gréard, recteur de l'Académie de Paris; M. Gavarret, inspecteur général des Facultés de médecine; le doyen de la Faculté, M. Brouardel, M. Peyron, directeur de l'administration de l'Assistance publique, et plusieurs professeurs des Facultés de Paris et de la province.

Le discours de M. Verneuil n'aura certainement pas le retentissement de celui de Grenoble, mais il est tel qu'on pouvait l'attendre de lui. Relevant une accusation portée contre la chirurgie française par le professeur Billroth (de Vienne), notre éminent maître s'est efforcé de démontrer que cette chirurgie si dédaignée à l'étranger ne marchait ni d'un pas boiteux à la remorque des autres, ni d'un pas rétrograde; elle marche autrement, soit, mais elle marche certainement en avant; elle va peut-être moins vite, mais elle s'expose moins, en agissant ainsi, à ces reculades si fréquentes qu'on observe chez nos voisins; on opère moins, mais si on guérit tout autant, en faisant courir moins de risques aux malades, si notre chirurgie est plus humaine, qu'importe le dédain des opérateurs à outrance et à grand fracas? Il ne nous est pas défendu de prendre les procédés opératoires de l'étranger, si nous ne les prenons que lorsqu'ils ont fait leurs preuves et si nous adoptons les bons en délaissant les mauvais; cette sélection ne prouve pas que nous marchons à la remorque d'autrui, car bien souvent ce qui nous arrive de l'étranger est né chez nous, y a été délaissé, et nous est revenu avec ou sans modifications et sous un nouveau nom; cela prouve tout au plus que si l'on apprécie mal notre chirurgie, c'est qu'on la connaît mal, comme cela est arrivé à M. Billroth, et que le jour où on voudra l'étudier avec la même loyauté et la même impartialité que nous employons vis-à-vis des autres, on nous rendra toute la justice qui nous est due.

A coup sûr, tous les chirurgiens étrangers n'ont pas agi de la même façon envers nous; nous avons des amis qui s'intéressent à nos progrès; ceux-là assistent à nos Congrès, et on en comptait un certain nombre à la séance d'hier; aussi nous associons-nous pleinement aux compliments de bienvenue qui leur ont été adressés par M. Verneuil; les réserves que nous mettons un peu dans nos relations internationales, et qui nous ont été im-

©BIU Santé

posées par nos désillusions politiques et autres, ne s'appliquent pas à ceux qui se rangent franchement à nos côtés, et qui n'ont pas craint de se joindre aux fondateurs du Congrès français de chirurgie.

Nous nous associons également de tout cœur à l'accueil plein de sympathie exprimé par M. Verneuil aux chirurgiens de province qui, malgré les circonstances défavorables dans lesquelles a lieu le Congrès, n'ont pas hésité à répondre à l'appel du comité d'organisation. En leur donnant la place d'honneur dans la séance d'hier, le comité a montré toute l'estime dans laquelle on tient, à Paris, les chirurgiens de province; le président d'hier et celui de demain ont eu la parole après M. Verneuil; M. Ollier a entretenu le Congrès du traitement de l'ankylose du poignet par la résection et du rétablissement d'une articulation mobile après l'opération; et M. Demons, de l'extirpation du larynx. Nous analyserons ces travaux dans un prochain article. — L.-H. P.

Placenta; granulations crétacées; adhérence. Angio-sclérose. Souffle placentaire (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 28 janvier 1888.

Par P. Duroziez.

Le souffle qu'on entend au cœur est-il purement chloro-anémique ou dû à un mélange de chloro-anémie et d'état scléreux, athéromateux, ou à une insufffisance soit mitrale, soit tricuspidienne? Il y a là une difficulté qu'il est utile, mais qu'il n'est pas toujours facile de résoudre.

Le souffle utérin est peu recherché aujourd'hui, on ne lui attribue aucune valeur; on avait espéré connaître le lieu d'insertion du placenta d'après la position du souffle, on y a renoncé. Tout signe bien observé a sa valeur qu'il s'agit de déterminer. Ce souffle existe dans un certain nombre de cas seulement; pourquoi est-il absent dans les autres?

Il est moins fréquent qu'on ne l'a dit. Il nous faut examiner de suite un certain nombre de femmes près d'accoucher pour le rencontrer. Il est chlorotique; nous ne le trouvons que lorsque nous entendons au cou les bruits chlorotiques, d'autant plus fort qu'il est plus marqué au cou; il est veineux autant qu'artériel, plus veineux qu'artériel; il est inconstant dans les cas pea accusés, soufflant, sibilant, à rythme varié, semblable à celui du cou, d'une intensité extrême dans quelques cas.

Il n'est pas très commun parce que les bruits du cou ne sont pas très communs, parce que la chloro-anémie est moins fréquente qu'on ne croit dans la grossesse. Nous avons été étonné de ce résultat de nos recherches qui concorde avec les idées de Porak et de Quinquaud.

Porak, thèse d'agrégation, 1880 : « On a abusé de l'analogie que présente la composition du sang pendant la grossesse avec celle qu'on a cru exister dans certains états morbides. Il y a plus de fibrine dans le sang de la femme enceinte, et immédiatement on pense au sang des états pyrétiques; il y a moins de globules, et on suppose aussitôt la chlorose.

Quinquaud affirme que chez les arthritiques il y a des altérations spéciales et caractéristiques du sang nullement comparables à l'appauvrissement progressif et caractéristique du sang pendant la grosssesse.

---

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 8 mars 1888.

Il en est de même de l'analogie qu'on a cherché à établir entre la grossesse et la chlorose. Dans la chlorose, on constate la destruction de la matière albuminoïde soufrée et ferrugineuse, la destruction de l'hémoglobine qui oscille entre 70 et 30 grammes. Le taux de l'hémoglobine est toujours très bas, même chez les chlorotiques qui ne présentent aucun accident. Le pouvoir absorbant oscille entre des limites très écartées, il est de 80 c. c. en moyenne; mais ce qui caractérise cette maladie, c'est que les matériaux solides ne diminuent pas dans la même proportion; ils sont de 92 grammes en moyenne; c'est une lésion des globules du sang.

Pendant la grossesse, l'hémoglobine est à 84 gr. pour 1,000 gr. de sang chez une femme bien portante; à 63 chez une femme malade. Le pouvoir absorbant est à 160 c. c. chez la femme bien portante, et à 100 c. c. chez la femme malade.

Les materiaux solides tombent à 80 et jusqu'à 72 grammes. C'est donc un appauvrissement de tous les éléments du sang et dans une même proportion pour chacun d'eux. »

Le souffle utéro-placentaire n'existerait que chez la femme grosse chlorotique; il ne se rencontre pas chez la femme grosse physiologique.

Prend-il une forme particulière dans l'état angio-scléreux? Nous ne saurions le dire; c'est à chercher.

Le souffle qu'on entend à la pointe du cœur est-il un souffle chlorotique ou appartient-il à l'insuffisance mitrale absolue ou relative? Relative ou absolue, l'insuffisance mitrale est une lésion assez importante pour qu'on ne l'admette que certaine. La chloro-anémie ne peut-elle pas produire le souffle de la pointe? Nous avons plus d'une fois cherché à établir le diagnostic. Si on entend au cou, au niveau de l'utérus les souffles chlorotiques intenses, si le cœur n'est pas augmenté de volume, si le souffle ne passe pas en arrière, si le premier claquement est net à gauche, nous sommes très peu disposé à admettre l'insuffisance mitrale soit relative, soit absolue. Nous l'avons dit, on passe facilement au compte de la mitrale le souffle de la pointe, parce que nous n'avons pas le contrôle du pouls des veines pulmonaires, comme nous l'avons du pouls jugulaire pour la tricuspide. Personne n'a vu ces insuffisances relatives de la mitrale, si souvent invoquées; nous avons le droit de les mettre en doute.

Gautier, 41 ans, couturière. A 20 ans, fièvre typhoïde. Palpitations depuis cette époque.

Le 7 août 1883. — Grossesse de six mois. Claquements fœtaux à droite. Souffle placentaire à gauche. Souffle cardiaque au premier temps, ne s'entendant pas en arrière.

Le 9. — Souffle placentaire considérable à gauche, sibilant, aigu, variant de timbre, à double courant, la deuxième partie moins forte que la première, surtout en bas, un peu au-dessus de l'aine. Rien à droite. Le cœur bat avec force. La pointe est un peu en dehors; la matité est légèrement augmentée. Pouls régulier. Souffle rude au premier temps, à maximum en plein cœur, non franchement en jet de vapeur, fermé par le deuxième claquement; on l'entend faiblement en arrière. Claquement à droite et à gauche. Jugulaires peu dilatées; rythme chloro-anémique; battement présystolique. Bruits chloro-anémiques. La respiration est peu gênée. La femme ne peut cependant pas retenir sa respiration pendant quelque temps sans étouffer.

Le 22. — Souffle considérable de la pointe à la base, moins fort à la pointe; on ne l'entend pas en arrière. Double claquement fœtal à gauche; pas de souffle placentaire.

Le 25. — Bruits chloro-anémiques au cou. Souffle sur toute la surface du cœur se terminant par le deuxième claquement. Premier claquement très net dans l'aisselle. Pas de souffle en arrière. Pouls régulier.

©BIU Santé

Le 22 septembre. — Le souffle cardiaque diminue.

Elle passe dans le service d'accouchements de l'hôpital dirigé par M. Budin.

Voicl les renseignements qui nous sont fournis par M. Rivet :

Gautier (Elisa), 41 ans, couturière, a été réglée pour la première fois à l'âge de 16 ans. Depuis cette époque, la menstruation a été régulière.

A l'âge de 35 ans, elle a fait une fausse couche de quatre mois; elle a eu, à cette époque, une hémorrhagie extrêmement abondante.

Devenue enceinte une seconde fois, elle a eu ses règles pour la dernière fois au mois de janvier 1883. La grossesse a évolué régulièrement; elle a souffert de battements de cœur, d'oppressions, d'œdème des membres inférieurs. Elle est entrée dans le service de M. Laboulbène, où l'on a constaté un souffle cardiaque au premier temps, ayant son maximum à la pointe. Elle raconte qu'elle a commencé, vers l'âge de 20 ans, à souffrir de battements de cœur et qu'à plusieurs reprises, elle a été soignée pour une *affection du cœur*.

Elle entre dans le service d'accouchements le 2 octobre, à trois heures du matin.

Les contractions douloureuses de l'utérus ont débuté vers une heure du matin; la dilatation de l'orifice présente environ 1 centimètre de diamètre; les membranes sont rompues. Le fœtus se présente par le sommet en position O. I. G. A. La dilatation, en dépit de contractions assez fréquentes, mais peu énergiques, ne progresse que lentement, et ce n'est que le 4 octobre, à quatre heures 20 du soir (c'est-à-dire après un travail de plus de soixante heures), qu'elle devient complète. Vu l'épuisement de la malade, le forceps est appliqué sur la tête, obliquement dirigée, et l'extraction s'effectue facilement.

Une heure et demie après la sortie de l'enfant, le placenta n'étant pas encore engagé, et la femme perdant du sang en assez grande abondance, des tractions sont effectuées sur le cordon; elles restent sans résultat. On doit recourir à la délivrance artificielle, qui s'effectue non sans difficulté; des adhérences intimes rendent laborieux le décollement du placenta. Celui-ci, examiné à la sortie de l'utérus, présente à sa surface des granulations calcaires nombreuses disséminées dans toute sor. étendue.

L'hémorrhagie finit par céder à l'emploi de l'ergotinine et des injections d'eau chaude.

Lorsque la malade est entrée dans le service, l'auscultation du cœur nous a révélé l'existence d'un *bruit de souffle au premier temps ayant son maximum à la pointe*. Le bruit de souffle assez intense a persisté pendant les suites de couches. Au moment où elle a quitté l'hôpital, *il n'avait rien perdu de son intensité*.

Au point de vue obstétrical, cette observation est remarquable : 1° par la longueur du travail, qui dure plus de soixante heures et nécessite une application de forceps; 2° par l'hémorrhagie qui suit l'accouchement et résulte probablement de l'inertie utérine produite par la longueur du travail; 3° par la présence, à la surface du placenta, de granulations calcaires qui expliquent son adhérence au tissu utérin et rendent compte des difficultés qu'a présentées la délivrance artificielle. L'enfant, bien portant, est parti en nourrice. »

Remarques. — Nous n'avons pas admis, chez cette femme de 41 ans, l'insuffisance mitrale; nous avons rapporté le souffle à la chloro-anémie sénile, c'est-à-dire avec état scléreux, athéromateux. Il est intéressant de voir avec quelle rapidité la crétification s'établit; quelques mois suffisent. Il serait utile, si on avait reconnu chez une femme enceinte les signes de l'angio-sclérose, de prescrire un traitement antiscléreux, l'iodure de potassium, un régime un peu sévère et beaucoup de lait. N'est-il pas remarquable que l'enfant ne souffre pas davantage de cet état du placenta?

©BIU Santé

Dans le cas suivant (femme de 39 ans), nous notons très nettement l'état scléreux, athéromateux, sénile; le cercle sénile est très accusé. L'état du placenta n'est pas indiqué. Ici encore, nous rencontrons la difficulté du diagnostic entre l'insuffisance mitrale et la chloro-anémie athéromateuse, sénile.

Demeyer (Anna), marchande ambulante, née à Bruxelles, âgée de 39 ans, entre le 22 octobre 1883, salle Sainte-Anne, n° 16, à la Charité.

Cette femme est à Paris depuis un an; elle a quitté Bruxelles à l'âge de 25 ans.

Réglée à 10 ans 1/2, toujours bien. Variole et rougeole étant jeune. Migraines depuis l'âge de 15 ans. Pas d'épistaxis. Elle ne se rappelle pas avoir gardé le lit. Elle a eu il y a deux ans, à Roanne, une fille à terme; elle a perdu beaucoup de sang le lendemain de son accouchement, et cependant s'est levée le troisième jour. Elle n'a pas eu d'accidents. L'enfant est morte, il y a sept semaines, de diphthérie; elle l'avait nourrie dix-sept mois. Elle ne peut fixer la date de sa nouvelle grossesse; elle a senti remuer quinze jours avant son entrée. Le fond de l'utérus est au niveau de l'ombilic. Depuis qu'elle est enceinte, elle a des palpitations. Quand elle est entrée, elle avait de la céphalalgie depuis huit jours, de la courbature et de la fièvre; elle était plus malade et alitée depuis trois jours. Constipation depuis six jours. Tournoiement; insomnies continues.

Le 22. — Pouls 110; temp. 39°8. On admet une endocardite ulcéreuse de la mitrale, à cause de la fièvre, et d'un souffle énergique de la pointe.

Le 23. — Pouls 60; temp. 39°4.

Le 24. — Pouls 66; temp. 37°

Le 25. — Pouls 68, intermittent; temp. 37°4.

Le 26. — Pouls 76; temp. 37°6. Le cœur est augmenté de volume; la pointe se détache vigoureusement. Le souffle en jet de vapeur existe surtout à la pointe et s'entend mal en arrière, peut-être un peu plus fort le long de la colonne vertébrale. On entend les claquements à droite et à gauche. Bruits chloro-anémiques très forts au cou, variant avec les intermittences pendant lesquelles le sifflement diminue ou même cesse.

Le 10 novembre. — Temp. 37°8. Pas d'albumine. Le souffle passe en arrière; maximum à la pointe.

Le 19. — Pouls 84, régulier, vibrant, développé.

Depuis le 13, la malade prend XX gouttes de teinture alcoolique de digitale; le sulfate de quinine a été supprimé.

La pointe du cœur bat dans le cinquième espace, ligne du mamelon, modérément. Au cou, pas de battement, pas de développement de la jugulaire. Un peu de souffle carotidien. Bruits chloro-anémiques. Pas de souffle placentaire. Les claquements sont forts, parcheminés. Entre les deux claquements, souffle intense augmentant à mesure qu'on va vers la pointe, disparaissant en arrière.

Elle souffre depuis huit jours de ses varices à la jambe droite; elle en a depuis qu'elle est devenue enceinte la première fois. Elle ne peut pas se lever. L'appétit n'est pas revenu. Elle est très faible et transpire beaucoup. Pas de toux; jamais elle n'a craché de sang. Rien aux poumons. Le foie ne déborde pas. La rate n'est pas grosse.

Le 27 décembre 1883. — *Le souffle ne passe pas en arrière. Premier claquement net. Souffle très fort. Bruits chloro-anémiques.*

Le 23 avril 1884. — Elle est accouchée à la Charité le 16 mars d'un enfant que nous voyons à son sein. Elle vient d'avoir une double *phlegmatia alba dolens* dont elle n'est pas encore remise. Elle a eu, après la délivrance, une métrorrhagie considérable. La pointe du cœur se sent facilement dans le cinquième espace. A la pointe, on entend un souffle très fort entre le premier et le deuxième claquement augmentés d'intensité; on entend : ppaffoutt. En arrière, on ne perçoit que les claquements; pas le souffle. Le souffle décroît très vite aussitôt qu'on va à gauche de la pointe. Il se maintient assez fort jusque vers le sternum et s'affaiblit vers la partie supérieure du cœur et au cou. Les cavités droites ne sont pas dilatées. Pas de pouls veineux. Le pouls est régulier, developpé.

Le 3 mai. — Elle allaite son enfant et paraît bien portante. Le cœur n'est pas gros. Le

©BIU Santé

souffle est très fort, surtout à la pointe; il est entre deux claquements forts; on l'entend en arrière, surtout en bas. Le pouls est très développé et régulier. Au cou, le souffle est peu marqué au premier temps.

Le 6 juin. — Cette femme est encore à la Charité, ayant à côté d'elle son enfant; elle n'est pas cyanosée; la peau est rosée. Le pouls est régulier, développé; la radiale est athéromateuse. Le cœur est gros; on sent facilement la pointe assez loin en dehors du mamelon, dans le cinquième espace. On entend à la pointe le ppaffoutt qui diminue beaucoup en arrière, mais y est encore sensible. En arrière, on entend un double souffle terminé par le deuxième claquement. En avant, au niveau des artères, on trouve du souffle.

Elle sort le 16 juin et rentre le 23 avec son enfant. Pouls régulier, développé. Souffle très fort à la pointe. Ppaffoutt. Le souffle diminue en haut à droite; on l'entend en arrière. Le cœur est un peu gros. La pointe bat modérément.

Remarques. — Cette femme a eu des accidents typhoïdes qu'on a rapportés à une endocardite ulcéreuse; à tort probablement, puisqu'ils ont rapidement disparu. L'angiocardite n'est pas douteuse; nous retrouvons après l'accouchement une *phlegmatia alba dolens*. L'insuffisance mitrale est admissible, mais en raison de la forme du souffle nous sommes disposé à diagnostiquer un état athéromateux du cœur et des vaisseaux; c'est plutôt de l'angio-sclérose qu'une lésion du cœur; les veines sont touchées comme les artères,

Dans l'étude des maladies du cœur, on met trop de côté le système veineux et les cavités droites. Nous n'avons pas eu de renseignement sur l'état du placenta; il n'a pas été question d'adhérences; à défaut de celles ci, il aurait pu y avoir une lésion plus ou moins nette. Nous notons une métrorrhagie considérable au moment de la délivrance.

En résumé, nous pensons que, dans ces cas, il n'y a pas d'insuffisance mitrale, nous admettons des athéromes et un état chloro-anémique. Dans la grossesse, il faut noter avec soin l'état des artères et des veines en même temps que celui du cœur, et ne pas attribuer à la seule compression les varices.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Drainage de la cavité péritonéale. — Rapports : 1° sur quatre observations d'arthrectomie pour des tumeurs blanches du genou; 2° sur un travail intitulé : « De l'amputation simultanée des quatre derniers métatarsiens. » — Statistiques des opérations pratiquées à l'hôpital Bichat pendant l'année 1887. — Hystérie traumatique simulant un mal de Pott. — Présentations d'instruments et de pièce pathologique. — Election d'une commission. — Le troisième Congrès de chirurgie.

A l'occasion du procès-verbal, M. Terrier communique sept observations de laparotomie dans lesquelles la guérison a été obtenue par le drainage du péritoine, sans lavage préalable. M. Terrier répond ainsi à MM. Bouilly et Terrillon, qui lui ont paru attacher une importance trop grande au lavage du péritoine, et concevoir des craintes exagérées à l'endroit du drainage.

M. Terrillon répond qu'il n'a pas peur du drainage, mais il lui a semblé, comme à M. Bouilly, que le lavage du péritoine permettait de s'en passer le plus souvent.

— M. Chauvel lit un rapport sur quatre observations d'arthrectomie du genou pour des tumeurs blanches, par M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce.

Dans l'espace de quinze mois, M. Delorme a pratiqué quatre fois cette opération encore peu usitée en France. Les quatre opérés ont guéri, deux avec fistules, deux d'une façon complète. Chez ces derniers, qui ont été présentés à la Société de chirurgie, le résultat paraissait des plus satisfaisants. Chez les premiers, malgré l'enlèvement de toute la synoviale fongueuse et de tous les ligaments, la guérison est restée incomplète; M. Chauvel, qui a pu suivre l'un des deux, estime que c'est là un insuccès complet et qui doit rendre les chirurgiens très circonspects quand il s'agit d'opérations de ce genre chez des sujets âgés de plus de 40 ans.

En résumé, il paraît difficile à M. le rapporteur de tirer d'un aussi petit nombre d'observations des conclusions fermes sur la valeur de l'arthrectomie dans le traitement des tumeurs blanches du genou. Tous les chirurgiens savent avec quelle difficulté guérissent chez les adultes, malgré les médications les plus rationnelles, malgré le repos, la compression, l'immobilisation absolue et prolongée, les arthrites fongueuses des grandes articulations. La localisation des lésions à la synoviale seule a conduit à remplacer la résection osseuse par l'abrasion, l'enlèvement de la séreuse articulaire altérée. Théoriquement, l'arthrectomie est ici plus rationnelle que la résection, puisque, au membre inférieur, elle conduit, comme cette dernière, à l'ankylose, tout en ménageant la longueur du membre. Au besoin, du reste, elle permet l'enlèvement des parties osseuses altérées, l'excision des extrémités articulaires mises largement à découvert.

L'arthrectomie est une opération encore à l'étude en France. L'excision des synoviales fongueuses est très souvent mise en pratique à l'étranger, et spécialement en Allemagne. Souhaitons, dit M. le rapporteur en terminant, que nos chirurgiens, suivant l'exemple de M. Delorme, nous apportent bientôt un contingent d'observations suffisant pour juger la valeur de cette méthode.

M. Terrier fait remarquer que les résultats obtenus par la résection sont bien supérieurs à ceux de l'arthrectomie, du moins s'il faut en juger par les résultats de la pratique de M. Delorme.

M. Schwartz a eu l'occasion de faire, à l'hôpital Beaujon, une arthrectomie tibio-tarsienne pour une arthrite tuberculeuse au début. Au bout de deux mois, la guérison était à peu près complète. Le pied avait repris ses mouvements dans presque toute leur étendue. Il s'agissait d'une lésion commençante que le chirurgien avait pu enlever complètement.

M. Tillaux pense que, si la lésion est limitée absolument à la synoviale, l'arthrectomie est indiquée, surtout pour les enfants, chez qui la résection est une cause d'arrêt dans le développement du membre.

M. Kirmisson n'admet pas qu'on propose l'arthrectomie, comme paraît l'avoir fait M. Delorme avant d'avoir épuisé les moyens ordinaires de traitement. Il s'élève contre une telle manière de faire, qui engagerait la pratique chirurgicale dans une voie déplorable.

M. Reclus a pratiqué l'arthrectomie sur une femme qni avait une arthrite fongueuse au genou ayant résisté à tous les moyens ordinaires de traitement, en particulier aux pointes de feu. Lorsque la malade entra dans son service, elle avait une triple fistule de l'articulation. Il y avait dix-huit mois que la marche était devenue impossible. M. Reclus ouvrit très largement l'articulation, enleva la synoviale et les parties molles; au bout de cinq mois, la malade était complètement guérie et pouvait retourner dans son pays où elle s'occupe aux plus pénibles travaux des champs.

— M. Chauvel donne lecture d'un deuxième rapport sur un travail de M. le docteur Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, ayant pour titre : *De l'amputation simultanée des quatre derniers métatarsiens.*

Un militaire a le pied gauche écrasé. Malgré l'irrigation continue, le sphacèle d'une partie des téguments, la mortification des tendons digitaux, la dénudation étendue des derniers métatarsiens fracturés dans leur tiers postérieur, conduisent le chirurgien à enlever le cinquième métatarsien et l'orteil correspondant, trois semaines après l'accident.

©BIU Santé

Quelques jours plus tard, afin de hâter la cicatrisation, on enlève successivement, par torsion et arrachement, les extrémités antérieures des quatrième et troisième métatarsiens dénudés, avec les orteils correspondants. Pour le deuxième os du métatarse, son orteil, absolument intact, est conservé de parti pris.

Le lambeau plantaire ainsi formé est régularisé et rabattu sur les bases métatarsiennes conservées, en même temps qu'il vient s'accoler au côté interne du premier os du métatarse. Comme les parties molles sont très tendues, pour les rendre plus libres, on enlève l'épiphyse postérieure du cinquième métatarsien.

La cicatrisation se fait sans accidents. Les cicatrices linéaires et solides ne gênent pas la station; l'appui se fait sur le talon et sur le bord interne du pied.

Revu au bout de cinq ans, l'opéré pouvait exercer son métier de cultivateur et faire, sans canne, des marches de 7 à 8 kilomètres.

Dans le cas dont il s'agit, le chirurgien a obtenu des résultats excellents en temporisant, en ménageant toutes les parties vivantes. Il s'est contenté de régulariser la plaie, d'enlever les parties qui gênaient la formation d'une cicatrice solide, d'extraire les esquilles mobiles. Il a fait au pied ce que l'on fait à la main, et son succès prouve que cette pratique ne doit pas être rejetée de parti pris.

— M. Terrier communique, suivant l'usage qu'il a adopté depuis plusieurs années, la statistique des opérations pratiquées dans son service de l'hôpital Bichat pendant l'année 1887, soit par lui-même, soit par ses collègues, MM. Richelot et Quénu.

— M. Kirmisson communique l'observation d'un jeune homme de vingt ans, qui, à la suite d'une chute d'une hauteur de trois ou quatre mètres, éprouva pendant plusieurs mois de grandes difficultés à marcher. Il était obligé de s'appuyer sur des béquilles, qu'il remplaça plus tard par une simple canne. Un jour, ayant fait une nouvelle chute, de sa hauteur cette fois, il se décida à rentrer à l'hôpital, où M. Kirmisson le vit trois mois après l'accident.

Prenant en considération la hauteur de la chute, la douleur que la pression provoquait au niveau des apophyses épineuses des dernières vertèbres dorsales et des premières vertèbres lombaires, M. Kirmisson pense qu'il avait affaire à un mal de Pott commençant. Le malade fut placé en conséquence dans un corset silicaté, on lui appliqua des pointes de feu, etc. Loin de diminuer, les douleurs vertébrales devinrent plus vives et dégénérèrent en véritables crises de plus en plus violentes en même temps que survenaient des besoins fréquents d'uriner et de la difficulté dans l'émission des urines. Enfin, le 11 octobre dernier, le malade éprouva, pour la première fois, tous les symptômes d'une véritable crise hystérique, qui ne pouvaient plus laisser le moindre doute sur le diagnostic. M. Kirmisson, complètement éclairé dès lors, vit qu'il avait affaire non pas à un mal de Pott, mais à un cas de cette maladie singulière qui a été si bien décrite par M. Charcot et son Ecole sous le nom d'hystérie traumatique ou d'hystéro-traumatisme. Le diagnostic fut confirmé par les résultats de l'exploration de la sensibilité générale et des sensibilités spéciales, en un mot par l'existence de ce complexus séméiologique désigné par M. Charcot sous le « Stigmates de l'hystérie ».

M. Kirmisson conduisit ce malade à la Salpêtrière, où il fut examiné par M. Charcot qui confirma entièrement le diagnostic et prit le malade pour sujet d'une leçon sur l'hystérie traumatique.

— M. Pozzi met sous les yeux de ses collègues une série d'instruments qu'il présente de la part de M. le docteur Reverdin, correspondant à Genève.

— M. Ch. Monod présente une pièce pathologique constituée par un lipome qu'il a enlevé récemment et qui occupait un siège insolite, le creux de l'aisselle.

— M. le Président annonce que la séance de mercredi prochain, 14 mars, n'aura pas lieu, à cause du Congrès de chirurgie qui doit s'ouvrir lundi 12, sous la présidence de M. le professeur Verneuil. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 9 mars 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Traitement du rachitisme par le phosphore. — Accidents d'intoxication par le liquide des kystes hydatiques. — Pathogénie de l'albuminurie. — Traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids.*

M. Comby rappelle que Kassowitz (de Vienne) a fait connaître, il y a peu d'années, une médication contre le rachitisme : c'est l'emploi du phosphore dissous dans l'huile de foie de morue. L'auteur de cette méthode de traitement l'a déclarée spécifique et s'est attribué un nombre considérable de succès. Les médecins qui l'ont imité n'ont pas tous été aussi heureux, tant s'en faut. Hagenbach (de Bâle), Canali, qui peuvent être considérés comme ayant fourni les résultats les plus favorables, ont obtenu seulement l'un 9 améliorations, l'autre 14 succès sur 20 cas. La méthode de Kassowitz a même rencontré des adversaires véhéments, tels que Monti, Schwechten, qui l'accuse de fournir 19 p. 100 de mortalité, Baginski, Raudnitz (de Prague).

M. Comby, désireux de se faire une opinion personnelle sur la valeur du traitement de Kassowitz, l'a expérimenté à sa Policlinique de la rue de Crimée chez 40 enfants, âgés de 10 mois à 3 ans. La durée du traitement a varié entre trois et dix mois; la formule médicamenteuse était 0 gr. 10 centigr. de phosphore par litre d'huile de foie de morue; les doses étaient, par jour, une cuillerée à café pour les enfants au-dessous de 12 mois, deux cuillerées à café chez ceux de 15 mois et trois cuillerées à café chez ceux de 2 ans. M. Comby n'a appliqué ce traitement qu'à des cas de rachitisme bien accusé; ceux-là seuls peuvent être démonstratifs au point de vue thérapeutique, puisque les cas légers guérissent sans traitement.

M. Comby a d'abord constaté que la médication de Kassowitz à ces doses n'est nullement dangereuse; les enfants la supportent en général très bien; quelques-uns ont eu de la diarrhée, aucun n'a eu de vomissements; un cas de spasme glottique qui d'ailleurs a guéri, s'était montré avant le traitement, exceptionnellement il y a eu un peu d'eczéma ou de l'urticaire. Mais il est infiniment probable que ces petites manifestations sont attribuables à l'huile de morue plutôt qu'au phosphore.

Mais, par contre, les bénéfices obtenus par le traitement ont été nuls. M. Comby n'a pu enregistrer que 21 améliorations légères ou notables, 18 états stationnaires et 1 aggravation. Au bout d'un an de traitement, les incurvations osseuses persistaient dans les cas les plus favorables. La mortalité a été nulle.

Par comparaison, M. Comby a traité 40 rachitiques par les bains salés, l'huile de foie de morue et le phosphate de chaux, suivant la méthode classique. Dans cette série, comme dans la première, la mortalité a été nulle, mais il y a eu 3 guérisons complètes, 34 améliorations, 4 états stationnaires. Sa statistique est donc plus favorable.

M. Comby fait remarquer qu'au point de vue de l'influence d'un traitement quelconque, il est indispensable de diviser les rachitiques en trois catégories. Dans un premier groupe, les enfants ont des déformations à peine accusées, le retard de la marche et de la dentition. Ces enfants guérissent seuls et presque sans traitement. Dans le second, on trouve des enfants ayant les nouures des épiphyses, le chapelet costal, le retard dans l'occlusion des fontanelles; ce sont ceux-là pour qui la thérapeutique convient surtout et la meilleure consiste dans l'emploi des bains salés et du traitement maritime.

Le troisième groupe comprend les cas à déformations excessives et irrémédiables ; ce sont ces nains difformes que la chirurgie même est impuissante à améliorer. Le rachitisme étant une maladie causée par les vices d'hygiène, c'est par les moyens hygiéniques qu'on peut le guérir. Ce qu'il faut, c'est améliorer la nutrition ; on y arrive en alimentant convenablement les rachitiques, en les envoyant sur les plages de l'Océan l'été ou de la Méditerranée l'hiver, en leur faisant prendre des bains salés ; s'ils ont des ophthalmies, on les enverra plutôt aux eaux chlorurées sodiques fortes, telles que Salies de Béarn. Quant aux médicaments proprement dits, huile de morue, phosphate de chaux et phosphore, ils ne doivent venir qu'en seconde ligne dans le traitement.

©BIU Santé

— M. Debove a présenté des appareils beaucoup plus commodes, plus légers, plus maniables et moins coûteux que le siphon employé jusqu'ici pour le traitement des névralgies par le chlorure de méthyle.

Il a rappelé ensuite une précédente communication dans laquelle il a signalé les accidents d'intoxication attribuables à la résorption du liquide des kystes hydatiques. Dans un cas de kyste hydatique du poumon gauche pris pour une pleurésie, après la ponction la malade fut prise d'urticaire, de crises de dyspnée avec toux quinteuse, expectoration muqueuse, sueurs abondantes ; après une ponction de kyste hépatique on observa outre l'urticaire des accidents de collapsus des plus inquiétants. Il est à remarquer que l'urticaire n'a jamais été observée à une seconde ponction, même lorsque celle-ci est faite dans un kyste indépendant du premier. Il n'est pas indispensable qu'il y ait eu pénétration du liquide hydatique dans une grande séreuse, comme la plèvre où le péritoine, pour que les accidents se montrent ; dans un cas de Wolff on avait ponctionné un kyste siégeant dans les muscles adducteurs de la cuisse.

M. Bouchard considère nettement l'urticaire comme un phénomène d'ordre toxique ; il a cité, dans ses leçons sur les auto-intoxications, un cas où, en ponctionnant un kyste hépatique, on avait ouvert accidentellement un vaisseau sanguin ; quelques gouttes du liquide du kyste ayant pénétré dans le sang, le malade eut une urticaire presque instantanée.

D'ailleurs, les expériences de M. Debove, antérieurement communiquées à l'Institut, sont de nature à trancher la question ; sous la peau du ventre de trois sujets, il injecte, après l'avoir filtré, 1 centimètre cube du liquide extrait par ponction d'un kyste hydatique. L'un des sujets n'éprouva rien ; chez le second se montrèrent des plaques d'urticaire autour du lieu de l'injection ; chez le troisième, outre les plaques d'urticaire locales, il y eut une éruption confluente à distance dans la région dorsale.

M. Debove pense que certains accidents consécutifs aux ponctions des kystes hydatiques ont été jusqu'ici mal interprétés. M. Martineau a cité un cas où la mort subite fut attribuée à la paralysie du pneumogastrique ; M. Guyot a dit avoir vu sept ou huit fois la mort survenir en vingt-quatre heures après la ponction du foie. Le mécanisme de l'action réflexe invoqué pour expliquer ces cas n'est pas plus satisfaisant que celui de la péritonite ; ces accidents si formidables se dissipent en quelques heures : comment admettre une péritonite ? L'intoxication est un mode pathogénique qui donne une explication bien plus satisfaisante.

Pratiquement, on devra se rappeler qu'il faut éviter tout ce qui peut favoriser la résorption du liquide hydatique et surtout les ponctions exploratrices, qui sont surtout suivies de ces accidents, parce que le liquide qui reste sous une certaine pression dans la poche kystique non vidée s'écoule aisément dans le péritoine par l'orifice de la ponction.

M. Féréol se demande alors pourquoi les urticaires sont, en somme, rares après la ponction des kystes qu'on fait si fréquemment, et comment on peut expliquer les cas où l'urticaire se montre avant toute ponction, comme cela s'est produit dans un cas qu'il a observé avec M. Labbé.

M. Laboulbène pense que si, dans l'analyse chimique des liquides des kystes, on recherchait les ptomaïnes et les leucomaïnes, on trouverait peut-être l'explication des accidents toxiques dans la présence de ces poisons.

M. Debove répond à M. Féréol qu'il faut toujours tenir compte de la susceptibilité individuelle dans toute intoxication. Parmi les trois individus auxquels il a injecté sous la peau du liquide hydatique filtré, l'un n'a rien eu. De même pour les moules : telle personne n'en peut manger une seule sans avoir une urticaire et des signes d'intoxication, telle autre en peut manger sans inconvénient des quantités considérables.

Dans les cas où l'urticaire s'est montrée sans qu'on eût touché au kyste, on peut admettre qu'un certain degré de résorption s'est opéré à travers les parois mêmes, à moins qu'il ne se soit agi d'une simple coïncidence, l'éruption ortiée n'étant d'ailleurs pas rare.

— M. Hayem a lu une contribution à l'étude de la pathogénie de l'albuminurie par

altération des albuminoïdes du sang. Les opinions des auteurs se divisent en deux groupes au sujet de la pathogénie des albuminuries chroniques avec altérations des reins. Les uns considèrent que l'albuminurie est la conséquence de la lésion rénale; les autres admettent que le fait primitif est une altération des matières albuminoïdes du sang qui, ainsi altérées, franchissent la barrière rénale et en s'éliminant ainsi par cette voie anormale entraîneraient à la longue l'altération des reins. C'est la théorie humorale ou hématogène de la maladie de Bright.

Gubler invoquait l'augmentation de l'albumine du sang chez les brightiques. Semmola a émis l'opinion que le mal de Bright est une « hémo-albuminurie dont la lésion rénale n'est que le post-scriptum anatomique ». L'albumine du sang deviendrait d'une diffusibilité anormale lui permettant de traverser les épithéliums glomérulaires. L'altération du sang serait elle-même la conséquence de troubles des fonctions de la peau consécutifs à l'impression du froid.

Pour soutenir ou infirmer cette théorie, on a invoqué, outre les faits cliniques, des expériences de laboratoire. Ces expériences se divisent en plusieurs catégories. Tantôt on a injecté dans le sang des matières albuminoïdes d'une constitution absolument différente de celles du sang (albumine de l'œuf, caséine ou gélatine). Ces albuminoïdes se comportent alors comme des matières toxiques, et, en s'éliminant par le rein, déterminent un certain degré de néphrite congestive. Chez l'homme, l'ingestion ou l'injection hypodermique d'une certaine quantité de blancs d'œuf suffit à provoquer une albuminurie passagère.

M. Hayem a constaté que, chez le chien, l'injection d'albumine pure fait apparaître l'albuminurie au bout de dix à quinze minutes, elle disparaît en quarante huit heures. Cependant la quantité éliminée par les urines est toujours moindre que celle qu'on a injectée.

Dans d'autres expériences, on a injecté des liquides albumineux extraits du sang ou des sérosités pathologiques; il faut encore établir trois catégories dans ces liquides. Les résultats diffèrent suivant qu'on injecte : 1° un sérum emprunté à l'animal lui-même ou à un animal de même espèce; 2° un sérum emprunté à un animal d'espèce différente; 3° des sérosités normales ou pathologiques qui n'altèrent pas les éléments du sang.

Pour se rendre un compte exact de l'action des liquides albumineux sur la sécrétion rénale, c'est à cette dernière catégorie de substances qu'il faut s'adresser. Les sérosités hydropiques peuvent être injectées même en grande quantité dans le sang sans amener l'albuminurie. M. Hayem a vérifié plusieurs fois ce fait; il en conclut que les variations dans la nature des matières albuminoïdes du sang ne paraissent pas jouer de rôle actif dans la production de l'albuminurie, et que tout ce qu'on a dit de l'influence des variations quantitatives et qualitatives des matières albuminoïdes du sang sur la production de l'albuminurie ne doit être accepté qu'avec réserve.

Lorsque après l'injection de liquides albumineux de provenance sanguine (directe ou indirecte) se produit de l'albuminurie, c'est que ces liquides ont produit des altérations des éléments figurés de sang. Les petites concrétions sanguines (embolies microscopiques) déterminent dans les reins des troubles circulatoires, d'où découlent non seulement l'albuminurie, mais quelquefois aussi l'hématurie et l'anurie.

— M. Fr. Glénard a lu un travail sur le traitement de la fièvre typhoïde de par les bains froids, il passe en revue les diverses circonstances (âge, santé, tempéraments, complications, etc.) qui peuvent faire modifier la formule générale du traitement; c'est ce que l'auteur appelle l'individualisation du traitemenL — P. L. G.

FORMULAIRE

Pansement de la carie dentaire. — David.

Acide phénique cristallisé.....	} aâ	2 grammes.
Essence de citron.....		
Alcool à 90°.....		20 —

©BIU Santé

Faites dissoudre. — Une boulette d'ouate imprégnée de cette solution est introduite dans le fond de la cavité, préalablement lavée et séchée. On la recouvre ensuite avec une autre boulette de coton imbibée de teinture de benjoin saturée. Le pansement est renouvelé chaque jour, et plusieurs fois même dans la journée, en cas de crises douloureuses. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Circulaire ministérielle adressée aux médecins italiens. — Le ministre de l'intérieur vient, par une circulaire récente, d'ordonner qu'à l'avenir le *Bulletin mensuel médical*, concernant les maladies contagieuses, aurait pour base les renseignements fournis indistinctement par tous les médecins exerçant dans les différentes communes. Ce Bulletin devra être envoyé à la Direction de la santé publique dans les trois premiers jours de chaque mois.

Le *Bulletin mensuel* devra indiquer le nombre des cas de chacune des maladies suivantes : rougeole, scarlatine, diphthérie, fièvre puerpérale, fièvre typhoïde, typhus, choléra.

Il est prescrit, en outre, aux maires d'envoyer à la Direction de la santé un Bulletin extraordinaire toutes les fois que, dans une commune, se déclarera une maladie qui, par sa nature ou la fréquence des atteintes, réclamera la prise de mesures énergiques : le charbon et la rage seront notamment signalés. Les médecins sont donc invités à faire connaître verbalement ou par écrit, au bureau médical municipal, l'existence d'une des affections sus-mentionnées aussitôt qu'ils en auront fait le diagnostic et sans attendre la fin de la maladie. — Ch. S.

COURRIER

Conformément à l'article 43 du décret du 28 décembre 1885, la Faculté sera fermée du 26 mars 1888 au 8 avril pour les vacances de Pâques. Les cours et les examens recommenceront le lundi 9 avril.

— M. le docteur Drouineau, chirurgien en chef de l'hôpital de La Rochelle, est nommé inspecteur général des services administratifs, section des établissements de bienfaisance, en remplacement de M. Foville, décédé.

— Nous avons reçu le premier fascicule de la « Nouvelle iconographie de la Salpétrière », consacrée à la clinique des maladies du système nerveux, et publiée, sous la direction du professeur Charcot, par MM. Paul Richer, Gilles de la Tourette et Albert Londe. Elle se propose de publier les travaux qui exigent une illustration très soignée. Chaque fascicule paraîtra tous les deux mois avec figures intercalées dans le texte et huit planches hors texte.

Concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon. — Ce concours s'est terminé par la nomination de M. le docteur Josserand.

Hôpital de la Pitié. — *Maladies de l'estomac.* — M. le docteur V. Audhoui reprendra ses conférences cliniques sur les maladies de l'estomac, le mardi 13 mars, à neuf heures, et les continuera les mardis suivants à la même heure, à l'amphithéâtre numéro 3. Visite et examen des malades : salles Trousseau et Rayer.

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte, gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques.**

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Ant. Courtade : De l'opération du phlegmon de la main. — III. Bibliothèque : Annales du laboratoire de l'hospice national des Quinze-Vingts. — IV. Revue des journaux : Traitement des vomissements incoercibles par la cocaïne à l'intérieur. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médico-pratique. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Dans sa séance de mardi matin, le Congrès français de chirurgie, après avoir nommé comme présidents d'honneur MM. Socin (de Bâle), de Saboia (de Rio-Janeiro), Thiriar (de Bruxelles), Bolwin, délégué du ministère de la guerre anglais, Demons (de Bordeaux), M. Perrin, directeur du Val-de-Grâce, les professeurs Rochard, Duplay, Guyon, Le Fort, Panas, Lannelongue, a traité la question de la conduite à suivre dans les blessures par coups de feu des cavités viscérales.

La question a-t-elle été définitivement résolue par les orateurs qui ont pris part à la discussion? Je ne le crois pas, car les opinions les plus extrêmes ont été défendues, mais on peut dire que tous les points de la question ont été exposés, et comme ils devaient l'être, dans l'état actuel de la science.

La partie principale des communications était relative aux plaies pénétrantes de l'abdomen. Ici, une première distinction fut établie par les chirurgiens militaires, MM. Chauvel, Delorme, Poncet, Nimier, Chavasse, et les chirurgiens civils, MM. Reclus, Trélat, Vaslin, etc., à savoir que l'étendue et la gravité des lésions, et par suite la conduite à tenir, varient suivant que la plaie est faite par une arme de guerre, ou par un revolver le plus souvent de petit calibre. Cette distinction était nécessaire à établir, car il n'est pas sans inconvénient de dire, comme M. Chauvel, qu'il faut intervenir dans tous les cas de plaie pénétrante par arme à feu, ou, comme M. Reclus, qu'il ne faut intervenir que lorsque la péritonite a éclaté. Il ne faut pas intervenir dans tous les cas de plaie par arme à feu lorsque l'arme est un revolver; peut-être le faut-il quand l'arme est un fusil dont la balle a perforé de part en part l'abdomen et blessé plusieurs anses d'intestin, le mésentère, des vaisseaux, etc.

Pour soutenir son opinion, M. Chauvel s'appuie sur l'innocuité de l'intervention faite avec les ressources de la méthode antiseptique, et sur la gravité des accidents causés par l'épanchement des matières fécales dans l'abdomen, en particulier la péritonite septique; celle-ci serait, d'après lui, la cause la plus fréquente de mort après blessure, et d'autant plus fréquente qu'on s'éloigne davantage du moment de l'accident.

A cela, M. Reclus répond que les perforations intestinales sont loin d'avoir la gravité qu'on leur attribue, et la laparotomie, la bénignité que lui reconnaît M. Chauvel. Ce qui a fait croire à la gravité des plaies intestinales, c'est que l'on a cru que ces plaies n'existaient que lorsque les accidents causés par l'issue des matières fécales dans l'abdomen éclataient, et

©BIU Santé

qu'elles n'existaient pas lorsqu'il n'y avait pas d'accident. Or, M. Reclus a vu, dans des expériences faites sur les chiens, que des perforations multiples peuvent exister, et guérir spontanément, sans avoir déterminé le moindre accident et que leur fréquence est bien plus grande qu'on ne le pense, puisque, sur 37 cas, une seule fois seulement une balle de revolver a pu traverser l'abdomen sans blesser l'intestin. Chez l'homme, il en a été de même dans des cas non douteux, puisque la perforation a été indiquée par des hématémèses et du mélæna, et néanmoins il y eut guérison spontanée.

Ces expériences sur les chiens n'ont pas semblé une base solide à MM. Chauvel et Trélat. M. Chauvel fait remarquer avec raison que les soldats blessés ne sont nullement dans les mêmes conditions que les chiens de M. Reclus, qui, avant d'être blessés, ont été purgés et gorgés d'opium; il eût fallu, au contraire, les faire manger, pour remplir les intestins et l'estomac, comme chez les soldats au moment de leurs blessures; et M. Trélat, avec non moins de raison, trouve que l'intestin du chien et la forme du ventre sont tout à fait différents de ceux de l'homme, et qu'on ne peut conclure de l'un à l'autre. D'ailleurs il ne peut admettre cette formule qui lui paraît étrange : il ne faut opérer que lorsque la péritonite est déclarée. Opérez ou n'opérez pas, selon votre sentiment, mais ne dites pas que vous pouvez songer à guérir votre blessé lorsqu'il y a une péritonite après perforation de l'intestin. En outre, il faut intervenir et intervenir vite en cas d'hémorrhagie, en cas de perforation avec issue de matières fécales, annoncée par le météorisme brusque survenu presque aussitôt après la blessure. Il faut encore intervenir dans ces cas où l'autopsie montre des lésions de telle nature que le chirurgien se dit avec regret : Ah! si j'étais intervenu!

La multiplicité des lésions est considérée par M. Reclus comme une contre-indication à l'opération, parce que, si on ouvre le ventre pour les recherches, il faut dévider l'intestin, faire des explorations longues, des sutures qui amènent plus tard le rétrécissement de l'intestin et qu'on est exposé à en oublier quelqu'une dans la profondeur. M. Labbé ne croit pas que cette condition soit une contre-indication à la gastrotomie; il cite à ce propos un cas dans lequel il existait dix perforations, faites par une balle de revolver, des phénomènes graves indiquant une hémorrhagie interne considérable; l'ouverture de l'abdomen fit découvrir ces lésions, qu'on traita par la suture, et le blessé... mourut dans la nuit. Il eût donc mieux valu ne pas intervenir contrairement à ce que dit M. Labbé; néanmoins, comme le sujet était fatalement voué à la mort, son cas servit du moins à démontrer que le diagnostic de la perforation n'était pas facile, puisque, malgré cette lésion et l'épanchement sanguin dans le ventre, il n'y eut ni mélæna ni hématémèse. C'est justement sur cette difficulté du diagnostic que s'appuie en partie M. Trélat pour justifier l'intervention dans les cas douteux.

M. Verchère recommande aussi vivement l'ouverture de l'abdomen dans les cas où l'on peut reconnaître une intoxication due à l'épanchement des gaz intestinaux dans l'abdomen. Cette septicémie intestinale s'annonce par la rapidité du pouls, l'affaiblissement du sujet, sans élévation de la température, qui reste normale ou même abaissée, sans phénomène de péritonite. Le blessé étant perdu si on n'intervient pas, il faut faire la gastrotomie et s'efforcer de fermer les perforations pour s'opposer à l'issue des gaz qui

empoisonnent le malade; puis, pour débarrasser l'intestin, il faut, contrairement à la pratique ordinaire, réveiller ses contractions pour remédier au pseudo-étranglement dû à la paralysie intestinale traumatique; il faut ajouter à ces manœuvres l'antisepsie interne par ingestion de naphtol, lavages de l'estomac, lavements, etc.

A côté de ces opinions pour ainsi dire extrêmes, il faut mentionner l'éclectisme adopté par MM. Poncet, Nimier, Vaslin (d'Angers), Chavasse, qui conseillent la temporisation quand il n'y a pas d'accidents graves, et l'intervention en cas de symptômes fâcheux; M. Poncet recommande en particulier d'intervenir dans les cas de rupture de l'intestin sans ouverture de la paroi abdominale.

Une différence capitale a encore été établie dans les lésions de l'intestin par armes à feu, par une très intéressante comparaison de M. Delorme entre la chirurgie civile et la chirurgie militaire. Dans l'une, toutes les bonnes conditions nécessaires à la réussite de l'opération peuvent être réunies ; toutes les mauvaises, au contraire, existent dans l'autre. Le chirurgien civil opère dans un milieu choisi, à son temps, entouré d'aides instruits et aussi nombreux qu'il faut, avec toutes les précautions de la méthode antiseptique; le chirurgien militaire se trouve n'importe où, dans une chambre mal aérée, mal éclairée, sale, dans une grange, une église, voire même en plein champ; il est entouré de blessés nombreux qui attendent ses soins. Ira-t-il faire une opération difficile, dont le succès est douteux, qui exige un temps très long, pendant lequel il pourra pratiquer d'autres opérations plus utiles chez plusieurs blessés? Et M. Delorme conclut justement que l'intervention en cas de blessure de l'intestin par arme à feu est impossible en temps de guerre ; dans les ambulances de premier rang, il n'y faut pas songer à cause de l'encombrement ; dans celles de deuxième rang, quand le blessé y arrive, il est trop tard.

Signalons encore d'intéressants détails fournis par M. Poncet sur les effets des nouveaux projectiles de guerre : balles et obus à enveloppes d'acier, qui présagent des effets des plus destructifs ; par MM. Vaslin, Nimier et Castex, sur l'intervention en cas de plaies de tête ; M. Castex, tout en reconnaissant que l'intervention peut être indiquée dans certains cas, en cite quatre dans lesquels l'abstention fut suivie de guérison, bien que dans l'un d'entre eux il y eût eu issue de substance cérébrale.

M. Chavasse, le seul qui ait mentionné les blessures du foie, est d'avis de ne pas pratiquer le débridement de la plaie, et de se borner à la tamponner de la manière la plus antiseptique. — L.-H. P.

De l'opération du phlegmon de la main

Par Ant. Courtade, ancien interne des hôpitaux.

Toutes les formes de traumatisme peuvent s'observer aux mains : lésions par instruments piquants, tranchants ou contondants, arrachements, lésions par le calorique, lésions par actions chimiques.

On sait qu'une écorchure de minime importance, siégeant au pouce ou au petit doigt, peut être suivie à bref délai d'une inflammation plus ou moins étendue, plus ou moins violente d'une partie ou de la totalité da la main, et même peut s'étendre à la région inférieure du poignet.

Quel est le mode de propagation de l'inflammation? Quels en sont les

©BIU Santé

intermédiaires? Quels sont les tissus atteints? La solution de ces questions est loin d'être abstraite; elle est, au contraire, des plus importantes à chercher, car, de telle ou telle théorie, dépend la conduite à tenir, le choix de l'opération et son lieu d'élection.

Deux théories sont en présence. Pour Gosselin, l'inflammation suppurative part d'un doigt (le pouce et l'auriculaire) jusqu'à l'extrémité duquel se prolonge la grande bourse synoviale carpienne. Elle se propage à cette dernière, puis elle s'étend au tissu cellulaire profond de l'avant-bras, en vertu d'une aptitude particulière qu'ont les bourses synoviales sous-cutanées et tendineuses à transmettre au tissu conjonctif ambiant les phlegmasies et surtout les phlegmasies suppurantes dont elles deviennent le siège.

Pour Dolbeau, au contraire, si le panaris sous-cutané est suivi d'inflammation de la paume de la main et de l'avant-bras, c'est par l'intermédiaire des lymphatiques. Il admet pourtant que, dans certains cas, la pathogénie est tout autre, et accepte la théorie de Gosselin.

« Le panaris sous-cutané, dit Dolbeau, s'accompagne dans quelques cas, surtout quand il est mal soigné, d'un épanchement dans la gaine. Il existe alors, si l'on veut, un panaris profond; mais il se lie au panaris sous-cutané, dont il est une complication, et se produit par extension de l'inflammation du tissu cellulaire à la gaine. Dans d'autres cas de panaris sous-cutané mal soigné, quand au lieu d'évacuer le pus par une incision faite à temps, on l'a laissé s'accumuler en abondance, il peut arriver que le foyer trouve plus de résistance du côté de la peau que du côté de la gaine, et s'ouvre dans cette dernière au lieu de se vider au dehors. La gaine, au contact du pus, devient aussitôt le siège d'une inflammation intense, et le tendon se nécrose et s'exfolie. Mais, on le voit, c'est là le point important, si cette gaine contient du pus, ce n'est pas qu'elle ait suppuré; le pus qui s'y trouve vient du dehors, et c'est lui qui, en pénétrant dans la gaine, l'a enflammée consécutivement.

« Quant aux phlegmasies de la paume de la main, décrites comme la conséquence du panaris profond du pouce ou du petit doigt, je veux bien admettre qu'elles se lient, dans quelques cas, à l'inflammation de la synoviale palmaire; mais loin de considérer, avec les auteurs, ce fait comme constant, je le tiens, au contraire, comme tout à fait exceptionnel. »

Nous avons eu la bonne fortune d'observer deux cas de ce genre, dont l'étude nous a paru des plus intéressantes et nous a servi à modifier la méthode opératoire généralement adoptée.

Observation I. — *Phlegmon de la main et de l'avant-bras. — Opération. — Guérison avec conservation intégrale des mouvements des doigts.* — Le nommé X..., vigneron, âgé de 41 ans, me fait appeler le 8 mai pour une affection de la main gauche.

Le 1er mai, en arrangeant des tonneaux, le cercle de l'un d'eux lui blesse légèrement le petit doigt au niveau du pli qui sépare la deuxième de la troisième phalange. Il applique sur la plaie le premier linge venu; la douleur est légère pendant deux jours et ne l'empêche pas de travailler; mais, le troisième jour, il ressent tout à coup, au niveau de la petite plaie et dans toute la main, une douleur extrêmement pénible. Un confrère lui prescrit des frictions avec de l'alcool camphré, sans le moindre résultat, cela va sans dire. Les douleurs redoublent et l'empêchent de manger et de dormir. Un deuxième confrère fait appliquer des sangsues. Comme les douleurs, loin de se calmer, sont encore plus violentes après ce traitement, je suis mandé auprès du malade le quatrième jour après le début des souffrances et le septième jour après l'accident.

A ce moment, le gonflement de la main est très notable; tous les doigts sont légère-

ment fléchis, mais, par une pression douce et graduelle, on peut les redresser sans provoquer de trop vives douleurs. La pression sur les éminences thénar et hypothénar est très douloureuse, bien que le gonflement n'y soit pas plus marqué qu'ailleurs. Quant à la plaie, il est impossible de l'observer, en raison de la flexion du petit doigt, mais elle ne fournit aucune suppuration. Dans le creux de l'aisselle, on trouve un ganglion du volume d'une dragée environ.

Je porte le diagnostic de synovite aiguë consécutive à la plaie du petit doigt, et je prescris une onction avec de l'onguent napolitain belladoné et de grands cataplasmes, concurremment avec une potion calmante. Elévation du membre.

Le 9 mai, je fais sortir par la plaie du petit doigt une très petite quantité de pus en pressant sur la deuxième et la troisième phalange; mais il m'est impossible d'y faire pénétrer un stylet. Le poignet est légèrement tuméfié et douloureux. Bains locaux avec de l'eau phéniquée et pansement phéniqué.

Le 10 mai, le malade éprouve encore des douleurs assez vives, surtout à l'extrémité des deux derniers doigts, qui sont insensibles au contact. Le gonflement inflammatoire atteint l'avant-bras. Le poignet est le siège de douleurs spontanées. La pression ne fait pas sortir de pus par la plaie.

Le 11 mai, je fais sur la face antérieure du petit doigt et à sa base une incision d'environ 3 centimètres par laquelle s'échappe une quantité de pus assez notable; la pression le long de la grande synoviale interne n'en fait pas sortir davantage.

Le 12, le malade se sent beaucoup mieux, car il a moins souffert; mais le gonflement de la main et du poignet est encore très notable, et s'étend jusqu'au milieu de l'avant-bras; de plus, le poignet est très douloureux à l'examen.

Comme une intervention active est urgente, je pratique l'opération suivante : Le malade étant chloroformé par un confrère, je fais sur le bord antérieur du cubitus, et un peu au-dessus de son extrémité inférieure, une incision de 5 centimètres environ; je soulève avec la sonde cannelée toute la masse des tendons, de façon à creuser une galerie au-devant du muscle carré pronateur, mais il ne sort pas une seule goutte de pus.

Je fais alors, un peu en dedans de l'artère radiale et au même niveau que l'incision précédente, une deuxième incision; l'aponévrose anti-brachiale ouverte, je pénètre, avec la sonde cannelée, profondément entre les tendons; à ce moment, je vois sourdre du pus mélangé de sang.

Comme les deux incisions communiquent dans la profondeur, il m'est facile de passer de l'une à l'autre, avec un stylet en baleine très souple, un tube à drainage. Une petite incision est pratiquée sur la face dorsale de l'annulaire, qui est très douloureux et gonflé. Injection phéniquée par le drain, puis pansement phéniqué.

Le lendemain de l'opération, 13 mai, la main est moins tuméfiée, moins douloureuse; toute la partie inférieure de l'avant-bras est encore très sensible; cependant, par la pression, on ne fait pas sortir de pus. Incision sur la face dorsale du petit doigt au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne où existe de la fluctuation; écoulement d'une assez grande quantité de pus.

Le 18 mai, l'amélioration est considérable; la suppuration diminue assez vite pour que, le 22 mai, je me croie autorisé à retirer le drain.

Mais, le 30 mai, le poignet s'est un peu tuméfié, surtout à sa face antérieure, et je suis obligé de passer de nouveau un drain dans le trajet, manœuvre qui m'est facile grâce au petit stylet en baleine. Ce drain est retiré le 15 juin, et les plaies se ferment rapidement.

Tous les mouvements de la main et des doigts sont conservés, mais difficiles encore, à cause de la raideur articulaire et de la fusion des tendons fléchisseurs au niveau du poignet. Massage, mouvements passifs, bains sulfureux du bras. Trois mois après, les doigts jouissent de leur mobilité normale, sauf le petit doigt qui est resté fléchi. Actuellement l'extrémité inférieure de l'incision antérieure est à 4 centimètres du pli du poignet, et la cicatrice, qui a 3 centimètres de long, adhère au tendon du fléchisseur du pouce.

©BIU Santé

Ce cas est essentiellement classique : Un homme se fait au petit doigt une petite plaie contuse, à laquelle il n'attache point d'importance. Deux ou trois jours se passent sans douleurs bien vives, lorsque tout à coup éclatent les symptômes du phlegmon de la main : gonflement du doigt s'étendant à la main et souvent au poignet, rétraction des doigts, douleurs extrêmement violentes, etc. La succession des phénomènes nous a fait admettre l'existence d'une inflammation suppurée des deux grandes gaines synoviales de la main, car c'était aux bords de la main que la tuméfaction était le plus considérable, surtout au niveau du pouce, ce qui nous avait fait entrevoir la nécessité d'une incision dans cette région; mais il n'en a rien été. Si nous avions admis, au contraire, la théorie de Dolbeau, notre ligne de conduite dans l'opération n'aurait pas été la même, et peut-être le malade s'en serait-il moins bien trouvé.

Il faut convenir, néanmoins, que la théorie lymphatique peut expliquer certains petits abcès secondaires sous-cutanés, d'un diagnostic facile et qu'un simple débridement guérit: mais là s'arrête le rôle des lymphatiques dans la pathogénie du phlegmon de la main. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

ANNALES DU LABORATOIRE DE L'HOSPICE NATIONAL DES QUINZE-VINGTS, par les docteurs FIEUZAL et HAENSELL. 1er fascicule. — Delahaye et Lecrosnier.

Voici une publication d'un haut intérêt scientifique et qui permettra aux ophthalmologistes de profiter des collections magnifiques classées au laboratoire de l'hospice des Quinze-Vingts. En effet, le docteur Fieuzal, médecin en chef, et le docteur Haensell, chef du laboratoire, se sont associés pour donner une étude clinique et anatomo-pathologique de toutes les pièces (dix-sept cents bulbes énucléés) recueillies depuis nombre d'années. Le premier fascicule donne une idée de ce que sera l'œuvre entreprise et du travail fourni par les auteurs. Nous y rencontrons d'abord une introduction à l'étude de l'anatomie et de l'histologie de l'œil pleine de détails intéressants; puis une description du microtome si perfectionné de Haensell, et enfin une étude clinique et anatomo-pathologique du leuco-sarcome du corps ciliaire, étude rendue saisissante par une série de planches coloriées, admirablement dessinées par Karmanski. Il s'agit, en résumé, d'une luxueuse publication dont la valeur scientifique n'échappera à personne, et qui fait le plus grand honneur à ceux qui l'ont entreprise.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement des vomissements incoercibles par la cocaïne à l'intérieur. — Le docteur Matthew C. Corner, appelé en toute hâte auprès d'une dame malade, la trouva dans un état de prostration excessive, tourmentée par des vomissements incessants et des efforts de vomissements extrêmement pénibles, ne pouvant retenir même de l'eau à la glace. Ces vomissements étaient dus, dit notre confrère, à un état de dysménorrhée, aggravé peut-être par les stimulants administrés comme moyen de soulagement. Il n'est fait aucune mention de grossesse. La médication la plus rationnelle ne produisant aucun bon effet, et l'état de la malade empirant le jour suivant au point de donner des inquiétudes au docteur Corner, celui-ci fit prendre à la malade cinq gouttes d'une solution de cocaïne à 20 pour cent, dans une cuillerée à café d'eau froide, qui fut avalée lentement. L'effet produit fut remarquable. La malade s'endormit d'un sommeil calme, qui dura plus de deux heures, et se réveilla avec une légère sensation de nausée seulement. L'amélioration persista. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Ferrand, de Mer (Loir-et-Cher), relative à la fréquence du cancer du tube digestif dans certaines communes du département;

2° Des lettres de remerciements de MM. de Closmadeuc (de Vannes) et de M. Jouon (de Nantes), récemment élus correspondants de l'Académie;

3° Des lettres de candidature de MM. Blache, Félix Brémond et Emile Rivière, pour la section des associés libres; de M. Trastour (de Nantes), pour le titre de correspondant;

4° Un pli cacheté déposé par M. le docteur Armand Paulier, relatif à un nouveau mode de préparation du cerveau permettant de voir à l'œil nu les fibres nerveuses;

5° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Paul Lamblin. (Accepté.)

— M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage la 2e édition du *Formulaire de thérapeutique*, en collaboration avec M. Yvon.

M. Armand Gautier présente, de la part de MM. Willm et Hanriot, leur *Traité de chimie minérale et organique*.

M. Durand-Fardel offre en hommage une brochure *sur la prostitution en Chine*.

M. A. Fournier présente une brochure intitulée : *Transmission possible de la syphilis par voie d'hérédité à la deuxième génération*.

M. le Secrétaire perpétuel présente, de la part de M. le docteur Brochin, les articles Etiologie médicale et Expectation (extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

— M. le docteur Jules Bœckel (de Strasbourg) donne lecture d'un travail intitulé : *Arthrectomie du genou*. L'auteur conclut à la supériorité de la résection chez les enfants, avec les précautions et les restrictions indiquées dans son premier mémoire.

Quant aux adultes, il croit que l'arthrotomie, qui exige, il est vrai, un temps beaucoup plus long pour arriver à l'ankylose, est chez eux moins grave que la résection, bien que la mortalité de cette dernière ait été singulièrement abaissée. Aussi fera-t-on bien d'y avoir recours chaque fois que les circonstances s'y prêteront, quitte à faire ultérieurement la résection, si quelque complication venait à surgir.

— M. le docteur Queirel, chirurgien en chef de la Maternité à Marseille, lit un travail intitulé : *De l'antipyrine dans les accouchements*. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz et Guéniot.

— M. le docteur Doyen (de Reims) lit un travail intitulé : *Recherches sur les rapports de l'érysipèle avec la fièvre puerpérale*. (Comm. : MM. Alphonse Guérin, Cornil, Charpentier.)

— M. le docteur Poncet (de Lyon) lit une observation de luxation du nerf cubital. (Comm. : Léon Labbé et Panas.)

— L'Académie procède, par la voix du scrutin, à l'élection de deux correspondants étrangers (2e division).

Classement des candidats : Première ligne, M. de Saboïa (de Rio Janeiro); deuxième ligne, M. Lusk (de New-York); troisième ligne, *ex æquo*, MM. Horsley (de Londres), Mac Cormack (de Londres), Mac Ewen (de Glasgow), Sayre (de New-York).

MM. De Saboïa et Lusk sont élus.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

M. le Président donne d'abord la parole à M. le Secrétaire perpétuel qui communique une lettre de M. le maire de Bourges, relative à la règlementation de la pros-

©BIU Santé

titution dans la ville de Bourges. D'après ce magistrat, cette réglementation, qui fonctionne déjà depuis le mois d'octobre dernier à la suite d'un simple arrêté municipal, aurait donné les meilleurs résultats.

M. Laborde prononce un discours qu'il termine par la couclusion suivante : En raison de la solidarité qui existe nécessairement entre la réglementation administrative de la prostitution et l'application des mesures d'ordre hygiénique, soit préventives, soit curatives des maladies syphilitiques, l'Académie pense qu'il y a lieu d'instituer, pour une solution aussi complète et appropriée que possible de cette grave question d'hygiène sociale, une commission mixte, réunissant la double compétence administrative et médicale.

M. Brouardel propose de modifier les articles IV et VI des nouvelles conclusions de la commission.

Au lieu de se borner à demander un « ensemble de mesures » destinées à réglementer et à réprimer la prostitution, M. Brouardel voudrait que la commission substituât, à ces termes un peu vagues, le vœu que la prostitution fût réglementée par une loi de police sanitaire que des agents de l'administration seraient chargés d'appliquer; et si la fille dont l'inscription aurait été prononcée en vertu de l'application de cette loi réclamait contre cette inscription imposée par l'administration, elle aurait le droit d'en appeler de cette mesure devant l'autorité judiciaire.

M. Théophile Roussel lit un discours dans lequel il s'efforce de démontrer que l'*étiologie* de la plaie sociale de la syphilis est dominée par ce fait : l'absence et surtout les mauvaises conditions matérielles et morales de la famille des mineures qui se prostituent. Un projet de loi est actuellement pendant devant la Chambre des députés et devant le Sénat, relativement à la protection des mineurs et des enfants moralement abandonnés.

M. Roussel pense que ces deux pouvoirs législatifs ne se refuseraient pas à admettre, dans le projet de loi, une disposition conciliant avec l'intérêt de la liberté individuelle l'intérêt de la santé publique. Cette disposition pourrait être ainsi conçue :

« Toute mineure de plus de 16 ans, rencontrée dans un état habituel de prostitution, est conduite devant le juge de paix, qui décide, suivant les circonstances, si elle doit être remise en liberté, soit rendue à ses parents, soit placée, par les soins de l'Administration, dans un établissement approprié à sa réformation morale, soit, à raison de son état de santé, soumise à telles autres mesures qni seraient reconnues nécessaires dans l'intérêt de la santé publique. »

M. Roussel demande que ce paragraphe additionnel soit renvoyé à l'examen de la commission.

La discussion sera continuée.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national. La commission propose : En première ligne, M. Leloir (de Lille); en deuxième, M. Lépine (de Lyon); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Chedevergne (de Poitiers), Mordret (du Mans); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Fabre (de Commentry), Morache (de Bordeaux).

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Janvier 1888.

M. Cadet de Gassicourt fait une communication sur l'*angine pultacée initiale dans la fièvre typhoïde*. — La fréquence des angines typhiques varie suivant les épidémies. Quand elle se montre dans le cours de la maladie, elle ne présente pas grand intérêt, quelle que soit la forme qu'elle revêt; apparaissant dès le début, elle peut faire porter un jugement erroné sur la nature de la maladie et sur son évolution ultérieure.

Il faut faire une distinction capitale entre les trois formes d'angine. L'angine catarrhale est très simple. L'angine ulcéreuse a pu faire croire à la tuberculose ou à la

syphilis. Quant à l'angine pultacée, elle trompe souvent ainsi que le prouvent les trois faits suivants :

Un petit garçon de 7 ans, calme, avec une fièvre légère, présentait sur chaque amygdale deux ou trois points blancs, gros comme une tête d'épingle, reposant sur un fond rosé. On diagnostiqua une angine herpétique et le pronostic porté fut très bénin. Le lendemain un enduit pultacé plus abondant s'étendait sur les amygdales, et les jours suivants la fièvre, au lieu de disparaître, devint continue. Il s'agissait d'une fièvre typhoïde bénigne.

Dans un deuxième cas, il s'agissait d'une fillette de 10 ans, présentant les signes d'une angine violente avec enduit pultacé abondant. Les ganglions sous-maxillaires étaient modérément tuméfiés et la température élevée. Le début paraissant avoir été brusque, on pensa à la scarlatine, tout en faisant quelques réserves. Il s'agissait encore d'une fièvre typhoïde.

Le troisième fait, que rapporte M. Cadet de Gassicourt, s'est terminé par la mort. Entrant, un matin, dans le pavillon des diphthéritiques, il remarqua de suite un grand garçon de 12 à 13 ans, vigoureux, qui paraissait en proie à un violent délire. Le pouls était rapide, la peau très chaude, les ganglions sous-maxillaires tuméfiés, les amygdales et le voile du palais recouverts d'un enduit blanc jaunâtre très épais. On eut des doutes sur la réalité de la diphthérie, et ils étaient justifiés, car là encore, on avait affaire à une dothiénentérie aux atteintes de laquelle l'enfant succomba le vingt-cinquième jour.

Les difficultés du diagnostic sont plus grandes et plus fréquentes à l'hôpital où les malades arrivent sans renseignements ou avec des renseignements incomplets, qu'en ville, où on peut suivre d'habitude l'évolution complète de la maladie.

M. Leriche (de Mâcon) rapporte une intéressante observation intitulée : *Triple fistule intestinale consécutive à l'ablation d'une tumeur coccygienne. Guérison.* — La tumeur était plus volumineuse que la tête d'un fœtus à terme, formée d'une masse graisseuse criblée de fistules et portant à son centre un kyste formé de trabécules feutrées ; ces trabécules formées par des faisceaux conjonctifs recouverts d'un épithélium cylindrique à plateaux, circonscrivaient des aréoles renfermant le liquide muqueux qui s'écoulaient par les fistules. Au-dessus de la tumeur, le coccyx, dévié en arrière et à droite, présentait un triple orifice, par lequel s'échappaient les trois feuilles d'un spina-bifida en feuille de trèfle. La tumeur adipo-kystique adhérait d'une part à une poche du spina-bifida, de l'autre aux anses intestinales.

L'ablation donna lieu à une fistule intestinale qui guérit lentement après deux opérations. Malgré une récidive survenue à la suite d'une chute, la guérison est maintenant parfaite.

Nous avons encore à relever une note de M. F. Poulet (de Plancher-les-Mines), sur *une nouvelle variété d'asthme, l'asthme épileptique.* Voici les conclusions de l'auteur :

Il existe une variété d'asthme bronchique qui me paraît mériter le nom de névrose épileptique des filets gastro-pulmonaires des nerfs pneumo-gastriques.

Cette affection, confondue jusqu'ici avec l'asthme ordinaire, est caractérisée par des attaques irrégulières, suivies d'un retour complet à la santé. Elles sont précédées souvent par une sensation douloureuse comparable à l'aura épileptique, surviennent ou se prolongent pendant le jour, s'accompagnent quelquefois de vomissements et, ce qui leur imprime un cachet tout particulier, ne sont nullement influencées par le traitement habituel de l'asthme, mais victorieusement combattues, au contraire, par celui de l'épilepsie.

On voit que la distinction de la nouvelle variété d'asthme que je viens d'introduire dans le cadre nosologique a une importance pratique capitale, car elle ne tend à rien moins qu'au choix de moyens curatifs tout nouveaux et d'une remarquable efficacité.

L'asthme de Kopp ne serait pas autre chose, dans mon hypothèse, qu'une épilepsie très analogue à l'asthme que j'appelle épileptique et qui sont justiciables du même traitement, comme une seule observation m'en a fourni la preuve. Seulement, au lieu d'émaner des filets gastro-pulmonaires des nerfs vagues, elle aurait son point d'origine dans les filets laryngés de la première paire, différence qui n'a rien de fondamental.

©BIU Santé

A la suite de la lecture de cette note, M. Christian fait remarquer que rien dans ces observations du travail de M. Poulet n'autorise à penser à l'épilepsie. Le signe capital du mal comitial, la perte de connaissance, manque complètement. L'aura et les autres symptômes s'observent dans d'autres états. Quant à l'argument tiré de l'efficacité du bromure de potassium, il est nul; car, d'une part, le bromure est souvent inefficace dans le traitement de l'épilepsie; d'autre part, il est souvent utile dans d'autres affections nerveuses. L'auteur aurait du penser à l'asthme des foins.

M. Cadet de Gassicourt est aussi d'avis que cet asthme se rapprocherait plutôt de l'hay-fever. — P. C.

FORMULAIRE

Injections contre la Blennorrhée. — Diday.

1° Sulfate de zinc	} àà	1 gr. 50 centigr.
Acide tannique		
Eau distillée		250 grammes.
2° Nitrate d'argent cristallisé		0 gr. 15 centigr.
Eau distillée		60 grammes.

Dans le cas de blennorrhée tout à fait chronique, afin de remédier à l'accoutumance, l'auteur combine avec avantage les astringents et les caustiques, de la manière suivante : — Pendant quinze jours, le malade fait trois injections par jour avec la solution n° 1. — Les troisième, sixième, neuvième et douzième jours, il remplace les injections astringentes par une seule injection caustique faite, ce jour-là, avec la solution n° 2.

N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Prix de l'Institut Lombard des sciences et des lettres. — Pour 1889 : Histoire de l'hypnotisme. Examen critique des questions qui s'y rapportent avec expériences personnelles à l'appui (prix de 1,500 francs ; ce mémoire devra être remis avant le 30 avril 1889). — Recherches originales sur l'embryologie du système nerveux des mammifères (prix de 2,000 fr.). — Mettre en relief un point d'anatomie macroscopique ou microscopique de l'encéphale humain (prix de 2,000 fr.).

Pour 1888 : Histoire critique des plus importants travaux sur le crâne de l'homme depuis Gall (prix de 2,000 fr. ; le mémoire doit être remis au 1er juin 1888). Une découverte bien démontrée sur le traitement de la pellagre, ou sur la nature des miasmes contagieux (prix de 2,500 fr. ; mémoire à déposer avant le 31 décembre 1888).

Vienne. — Le gouvernement austro-hongrois a soumis à la Chambre des députés un projet de loi ayant pour objet de limiter, pour les étudiants, le droit d'association et surtout de participation à des sociétés ne tenant en rien à l'Université. — Ch. S.

Suspension d'un professeur. — Le professeur Brunetti, de l'Université de Padoue, vient d'être suspendu de ses fonctions par un décret ministériel qui le défère au Conseil supérieur de l'instruction du royaume d'Italie. Cette mesure était réclamée par la presse vénitienne tout entière, qui, d'après *Il Morgagni*, accusait le professeur Brunetti d'exciter les étudiants contre ses propres collègues, de soulever du scandale, etc. En même temps, la Faculté de médecine de cette Université est invitée à désigner un suppléant destiné à remplacer temporairement M. Brunetti. (*Lyon méd.*)

COURRIER

Bureaux de bienfaisance. — Par arrêté en date du 21 février 1888, sont institués médecins des bureaux de bienfaisance de Paris ci-après les docteurs en médecine dont les noms suivent :

2e arr. — MM. Decaudin (Eugène-Louis), Fournel (Charles).
3e arr. — MM. Courtin (Edmond-Albert), Saison (Félix-Amand), Reuflet (Victor-François-Louis-Gaston.)
4e arr. — M. Barbillion (Lucien).
5e arr. — MM. Rollin (Georges-Emile-Eugène), Plateau (Isidore-Adrien).
6e arr. — M. Bernard (Jean-Georges).
7e arr. — MM. Boehler (Georges), Le Roy (Lucien).
8e arr. — M. Mérigot de Treigny (Gabriel-Marie-Auguste).
11e arr. — M. Dubief (Henri-Louis-Aristide).
12e arr. — M. Yvon (Louis-Gustave).
13e arr. — MM. Planteau (Jean-Jacques-André), Monnet (Léon-Ernest).
14e arr. — M. Gény (Marie-Edmond).
15e arr. — M. Jacquemart (Léonard-Frédéric-Nicolas).
16e arr. — M. Marciguey (Henri-Théophile).
17e arr. — M. Geneix (Pierre-Marie-Joseph-Jules).
18e arr. — MM. Gougelet (Albert-Scipion-Stéphane), Savoye (Léon-Paul-Henri-Eugène), Petit (Léon), Braine (Paul-Louis), Dusseaud (Jean), Goureau (Théophile-Séraphin-Adolphe).
19e arr. — MM. Orval (Adolphe), Thomas (Marie-Jean-Emile), Bernheim (Samuel).
20e arr. — M. Bocquel (Clovis-Alfred).

— Une souscription vient d'être organisée en faveur de la veuve d'un de nos confrères, médecin du bureau de bienfaisance du XVIe arrondissement, ayant exercé à Passy durant de longues années et décédé récemment sans fortune, ne laissant pas même de quoi payer ses funérailles.

Les médecins soussignés, ses anciens amis ou collègues habitant le XVIe arrondissement, ont pensé que quelques personnes bienfaisantes voudraient bien se joindre à eux pour constituer à la veuve (fille et petite-fille de médecins), un modeste avoir qui, placé en rentes viagères, empêcherait cette digne et malheureuse femme de mourir de faim.

Les personnes qui voudraient bien s'associer à cette œuvre d'humanité sont priées d'adresser soit directement, soit par lettre chargée, mandat ou bon de poste, leur cotisation à l'un des médecins soussignés.

Ont pris part à la souscription et signé : Anonyme, 500 fr. ; Anonyme, 100 fr. ; MM. les docteurs d'Argent, 50 fr. ; Beni-Barde, 100 fr. ; Blanche, 500 fr. ; de Bosia, 200 fr. ; Bonenfant, 100 fr. ; Conan, 100 fr. ; Delmont, 50 fr. ; Guède, 200 fr. ; Grangé, 60 fr. ; Jacquemart, 100 fr. ; Larcher, 200 fr. ; Laurand, 50 fr. ; Ledoux-Lebard, 50 fr. ; Malhéné, 100 fr. ; Marmottan, 500 fr. ; Martin, 300 fr. ; Ménard, 50 fr. ; Meuriot, 300 fr. ; Ory, 200 fr. ; Pascal, 50 fr. ; Pastol, 100 fr. ; Rafinesque, 200 fr. ; Raoult, 50 fr. ; Rondeau, 50 fr. ; Saint-Martin, 50 fr. ; L. Sée, 50 fr. ; Thorel, 200 fr.

La Faculté de médecine de Paris en 1887. — Le 15 octobre 1886, 3,966 étudiants étaient inscrits dans cette Faculté et 582 élèves nouveaux ont commencé à cette époque leurs études médicales (510 docteurs, 72 officiers de santé), dont 479 français et 103 étrangers. Parmi les étrangers : les Américains (20) et les Serbes (20) prédominent ; citons encore les Roumains (11) et les Turcs (11). Il y a 11 femmes qui sont arrivées cette année à la la Faculté et toutes sont de nationalité étrangère (10 russes et une grecque). Parmi les élèves qui ont quitté l'Ecole, il est curieux de voir que 25 ont renoncé aux études médicales pour embrasser une autre carrière..., ou vivre de leurs rentes, que 127 ont disparu du monde étudiant, en cessant de faire acte de présence à la Faculté. Deux étudiants en médecine sont morts en 1886.

©BIU Santé

De l'insalubrité des caves. — Il était et il est encore admis aujourd'hui qu'un édifice élevé sur caves remplit les meilleures conditions d'hygiène. Christian Nussbaum condamne absolument ce système. La cave, d'après lui, est toujours une cause d'insalubrité, non seulement à cause de l'humidité qu'elle entretient, mais aussi à cause des émanations du sol qui finissent par se répandre dans l'immeuble entier, en y portant le germe de maladies nombreuses. Il faudrait la remplacer par un lit de béton, ciment ou asphalte, assis sur une bonne couche de gravier ou de sable.

Toutefois, on peut conserver la cave en prenant les précautions suivante : son sol doit être toujours à 50 centimètres au moins au-dessus du plus haut niveau que peut atteindre la nappe d'eau locale ; les parois et le sol doivent être imperméables, et il convient d'entourer la cave d'un double mur pour la circulation de l'air extérieur; la gaine isolante, qui doit avoir 50 à 60 centimètres de largeur, communiquera d'une part avec l'espace intérieur, à l'aide de baies grillées, d'autre part avec l'air extérieur, à l'aide d'une cheminée se rendant sur le toit du bâtiment. La cave est ainsi isolée de tous les agents provenant du sol et forme une chambre très aérée et très sèche, condition essentielle à la conservation des aliments qui y sont déposés et à l'hygiène de l'immeuble, qui ne peut plus recevoir d'humidité que par ses façades. (*Archives de médecine et de pharmacie militaires.*)

Docteurs en médecine reçus par les facultés françaises pendant l'année scolaire 1886-87 :

	1882-83	1883-84	1884-85	1885-86	1886-87
Bordeaux	44	47	36	77	114
Lille	20	18	12	12	14
Lyon	43	53	56	42	48
Montpellier	69	70	73	62	64
Nancy	21	18	22	17	26
Paris	465	384	376	336	358
	662	590	575	546	624

Comme on le voit par ce tableau, le nombre des docteurs en médecine, qui allait en diminuant depuis trois ans, se relève et dépasse de 78 celui de l'année précédente. Cette augmentation est probablement accidentelle et tient au grand nombre de médecins de la marine qui ont été obligés, de par la nouvelle organisation du service de santé, de se faire recevoir docteurs. En effet, pendant l'année 1886-87, nous ne comptons pas moins de 99 diplômes délivrés aux membres du corps de santé de la marine par diverses Facultés françaises. Il n'est pas sans intérêt de connaître les Facultés auxquelles s'adressent de préférence les médecins de la marine française pour obtenir leur diplôme. Bordeaux en a délivré 51, Montpellier 32, Paris 9, Lyon 7, Lille et Nancy 0. (*Lyon méd.*)

Société de médecine de Paris. — Le prix Duparcque pour 1889 sera décerné au meilleur travail, *manuscrit et inédit*, sur un sujet quelconque de *pathologie chirurgicale*. Les mémoires devront être parvenus au secrétariat, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er juin 1889. — Le prix sera de la valeur de 600 francs, plus une médaille d'or de 100 francs.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

L'ALBUMINATE DE FER (Liqueur de Laprade) n'occasionne ni constipation, ni troubles gastriques; c'est le fer gynécologique par excellence.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

CLIENTÈLE MÉDICALE A CÉDER, à Paris, à cause de changement de position. Rapport net : 15,000 fr. — S'adresser pour tous renseignements au bureau du Journal.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Ant. Courtade : De l'opération du phlegmon de la main. — III. Revue des journaux : Action destructive de l'eau bouillante sur le bacille de la fièvre typhoïde. — IV. Correspondance. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Nouvelles de l'étranger. — IX. Courrier.

BULLETIN

La cure radicale des hernies au Congrès français de chirurgie.

La discussion sur la cure radicale des hernies, qui était à l'ordre du jour de la séance de mercredi matin, a montré que l'accord était bien près de se faire entre les orateurs qui avaient pris part à celle qui eut lieu il y a quelques mois à la Société de chirurgie. L'autorité et la compétence si grandes de M. le professeur Socin (de Bâle), qui sont venues se joindre aux remarquables discours de MM. Trélat, Segond, Richelot, L.-Championnière, aux faits intéressants observés par MM. J. Bœckel (de Strasbourg), Léonté (de Bucharest), Thiriar (de Bruxelles), Mollière (de Lyon), Le Diberder (de Lorient), Doyen (de Reims), Routier, Schwartz, Le Bec (de Paris), ont été invoquées par la plupart des orateurs, et ont été d'un grand poids dans les conclusions exprimées. Leur adoption ne semble plus maintenant qu'une question de temps, et de temps assez court.

On peut faire l'exposé des opinions émises au cours de cette discussion en suivant le résumé de la communication de M. Socin, qui a pris le premier la parole :

1° La guérison radicale de la hernie inguinale ou crurale, par un traitement opératoire, est possible. — A cela MM. Trélat et Segond objectent qu'on ne peut pas appeler cette opération *radicale*, parce qu'elle est sujette à récidive, mais qu'on peut dire cure chirurgicale ou opératoire. C'est là une question de terminologie qui a été résolue déjà, et qu'on ne saurait prolonger; le tout est de s'entendre sur la signification du terme en chirurgie actuelle.

2° Cette opération est le complément obligé de toute kélotomie entreprise pour étranglement, sauf dans les cas où l'intestin ne peut ou ne doit pas être réduit. — Ce sentiment est partagé par tous les orateurs, qui se sont efforcés d'établir le plus nettement possible les indications de l'opération.

M. le docteur Mollière est celui qui en a reculé le plus loin les limites, car, pour lui, la seule contre-indication est la mort; quand il arrive avant la mort du malade, même en plein choléra herniaire, il intervient encore. L'opération, en pareil cas, est plus facile que la kélotomie ordinaire, et ne comporte pas une plus grande gravité.

3° La cure radicale d'une hernie non étranglée est indiquée : A. Chez les jeunes sujets des deux sexes au-dessous de 20 ans, lorsque le traitement classique, par le bandage, ne réussit pas à maintenir la hernie d'une manière complète et absolument permanente. — B. Chez les adultes, lorsque le bandage ne contient pas la hernie facilement, complètement et sans

©BIU Santé

douleur. — M. Socin pense même qu'avant 20 ans il faut considérer les hernies comme congénitales, parce que, si la hernie n'existe pas au moment de la naissance, l'anomalie du trajet inguino-crural qui la prépare existe alors. Cette opinion vient donc militer en faveur de celle qu'a défendue M. Richelot, d'appliquer aux hydrocèles congénitales, qui sont capables de provoquer la formation d'une hernie, l'opération de la cure radicale.

M. Trélat appuie l'opinion émise par M. Socin en disant que toute hernie réduite et contenue d'une manière facile ne réclame pas d'opération; car si les malades sont exposés à la récidive, ce qui n'est pas sans exemple, et à l'obligation de porter un bandage après l'opération, mieux vaut les laisser dans le *statu quo* et ne pas les exposer aux risques que leur fait courir celle-ci. La cure opératoire n'est indiquée que si la hernie présente une cause quelconque d'irréductibilité, des adhérences, des douleurs, si elle est mal contenue. M. Segond insiste en disant qu'il ne faut pas opérer les hernies facilement réductibles, qui ne nécessitent pas l'emploi d'un bandage. Tout le monde, en somme, est d'accord, car, comme le fait justement remarquer M. Richelot, le malade ne vient demander secours au chirurgien que lorsque sa hernie le gêne, que le bandage ne suffit plus, et c'est alors seulement qu'on est appelé à opérer.

Cependant, M. Lucas-Championnière pense que, même alors, il y aurait avantage à intervenir; plus tôt on opérera, moins la hernie sera volumineuse, et les résultats seront meilleurs; c'est absolument ce qui s'est passé pour les kystes de l'ovaire, dont l'extirpation a donné de meilleurs résultats au fur et à mesure que, par les progrès de la chirurgie abdominale, on a pu les opérer de meilleure heure, avant qu'ils n'eussent atteint un développement considérable et contracté des adhérences étendues avec les organes voisins. En agissant ainsi, on préviendrait encore les accidents qui, tôt ou tard, arrivent aux hernieux et peut-être même le diabète, l'albuminurie qu'il a observés dans quelques cas, et qu'on pouvait attribuer aux déchéances organiques causées à la longue par la présence de la hernie chez certains sujets.

Ces considérations rentrent donc dans la 4e conclusion de M. Socin, à savoir que :

4° Les chances de succès sont d'autant plus grandes que le sujet est plus jeune, que la hernie est plus petite et moins ancienne.

Mais que faut-il entendre par succès? Est-ce cure radicale dans le sens strict du mot, absence de récidive? La récidive existe, mais il est difficile de dire dans quelles proportions, à cause de l'impossibilité de suivre les malades et de les retrouver au bout de quelque temps, comme M. Thiriar l'a très bien démontré. On ne peut donc tenir compte de cet élément de la question pour la juger. Quant aux dangers immédiats de l'opération, nous y reviendrons tout à l'heure.

5° L'existence d'une hernie double chez le sujet opéré, ou d'autres hernies chez les ascendants, diminue les chances de succès, en ce sens qu'il existe une prédisposition aux hernies qui favorise les récidives. Mais cette condition n'est pas une contre-indication à l'opération; MM. Thiriar et Richelot ont opéré, en pareil cas, avec succès; M. Richelot ayant pratiqué la deuxième opération deux mois après la guérison de la première, a perdu son malade, âgé et emphysémateux, de congestion pulmonaire, mais sans aucun accident du côté de la plaie.

6° Le travail corporel, d'après M. Socin, ne favorise pas les récidives, mais cette opinion n'est pas admise par la plupart des orateurs qui recommandent le port d'un bandage aux ouvriers, et reconnaissent aux travaux de force une grande influence sur la production des récidives. A la vérité, M. Socin dit, dans la conclusion suivante, que :

7° Le port d'un bandage après l'opération est inutile, souvent nuisible; opinion adoptée également par M. Lucas-Championnière et par M. Léonté. M. Lucas-Championnière concède cependant qu'on peut l'employer quand la paroi abdominale est amincie et l'orifice herniaire étendu; mais la pression du bandage a l'inconvénient d'atrophier la cicatrice, et, comme celle-ci est le meilleur agent contentif de la hernie, il faut éviter tout ce qui peut l'amoindrir. Il faut éviter que le malade fasse aucun effort pendant six semaines après l'opération, car, au bout de ce temps, l'effet est produit, et on peut laisser aller l'opéré sans bandage, surtout lorsque le trou est petit, et la paroi abdominale solide, résistante. M. Thiriar déconseille également le bandage d'une manière générale.

Au contraire, MM. Trélat, Segond, Richelot, Routier, croient à la nécessité de faire porter un bandage à l'opéré. D'après M. Segond, les malades qui peuvent se passer de bandage sont ceux dont la hernie était petite, facilement réductible, et qu'on aurait dû peut-être ne pas opérer; ceux au contraire chez lesquels l'opération était indiquée, ou dont la hernie était volumineuse, l'orifice large, doivent porter un bandage. Tous les opérés sont ravis des résultats immédiats, mais les récidives sont fréquentes. M. Segond n'en a vu que 2 sur 17 où l'on ait pu croire à une cure radicale; mais, parmi les autres, ceux qui ont porté un bandage ont seuls conservé le bénéfice de l'opération, ceux qui ont abandonné le bandage ont perdu ce bénéfice. On n'a donc pas le droit de promettre à l'opéré une guérison sans bandage à la suite de l'opération. M. Richelot pense qu'on ne peut attribuer à l'obligation de porter bandage l'idée d'un insuccès opératoire, ni d'une récidive complète; en admettant même que celle-ci existe, l'état du sujet est bien plus favorable après qu'avant l'opération, et le port du bandage, avec ou sans récidive, bien plus commode, beaucoup moins gênant.

8° L'opération est sans danger dans les cas simples. Les faits cités par les divers orateurs viennent confirmer d'une manière presque absolue cette proposition. Les rares exceptions signalées par MM. Segond, Championnière, etc., ne semblent être survenues que pour confirmer la règle, et encore rentrent-elles plutôt dans les cas compliqués que dans les cas simples. M. Socin a opéré 65 cas de ce genre sans accident grave; M. Thiriar, 26 cas, avec 1 seule mort, chez un alcoolique, par encéphalite; M. Routier, 14 cas, avec 12 guérisons sans accident, dans 1 cas un peu de suppuration due au drain, ce qui lui fit omettre le drain dans 1 autre cas, mais il survint cette fois un phlegmon des bourses qui n'empêcha pas la guérison; M. Segond, 14 cas sans accident; M. Championnière, 81 cas dont 1, le dernier, suivi de mort par congestion pulmonaire chez un emphysémateux. M. le professeur Trélat possède à son actif 17 cas sans mort; et, parmi les faits qu'il a rassemblés, la mortalité est de 0,4 p. 100. M. Richelot, 22 cas, sans accident et avec restitution anatomique complète, qu'il peut considérer comme des cas de cure radicale. Il n'y a donc pas, à proprement parler, de mort du fait de l'opération; il n'y a pas d'opération de la chirurgie qui soit plus bénigne dans les cas simples.

Dans les cas compliqués, les résultats changent évidemment, mais mon-

©BIU Santé

trent cependant que la cure radicale n'est pas plus dangereuse que la kélotomie; les dangers sérieux n'existent que chez les sujets très âgés, ou quand la tumeur herniaire est volumineuse et que les téguments en sont ulcérés, ou quand l'ablation d'une grande partie de l'épiploon est indispensable. Dans ces cas rentrent ceux qui ont été cités par M. Socin : hernie grosse, tégument ulcéré, gangrène menaçante, un litre d'eau dans le sac, résection large; mort de phlegmon gangréneux au huitième jour; péritonite généralisée succédant à une hémorrhagie, suite de ligature mal faite. Les 4 morts cités par M. Segond sur 30 cas compliqués, chez 2 vieillards, chez 2 sujets où les phénomènes d'étranglement persistèrent; de M. Schwartz : intestin et épiploon très hypertrophiés et péritoine aminci; de M. Le Bec : appendice iléo cœcal hernié et enflammé, sac suppuré, fistule scrotale, etc.

Mais, dans les cas compliqués, il faut faire deux catégories distinctes, comme le veut justement M. Richelot : l'une pour les cas dont la complication est purement locale, et tient au volume, aux adhérences, etc., de la hernie, et l'autre dans lesquels il fait rentrer les sujets âgés et cachectiques. Ce sont, en effet, ces derniers qui, comme pour le reste de la chirurgie, fournissent la plus grande proportion d'accidents, et chez eux les bénéfices de la cure radicale ne compensent pas les dangers.

9° L'opération consiste dans une ablation totale du sac au-dessus de son collet. La suture des piliers n'est qu'exceptionnellement nécessaire. Ce procédé, qui a déjà été décrit plusieurs fois dans ce journal, est aujourd'hui généralement adopté; nous n'y reviendrons donc pas; elle fournit une bonne cicatrice de soutien. Cependant il est certains cas dans lesquels l'amincissement et l'adhérence du péritoine ne permettent la dissection du sac qu'à la condition de compromettre gravement l'existence du testicule, blessure de l'artère spermatique (Thiriar), suivie d'atrophie testiculaire, du canal déférent (Le Bec), etc.; il est préférable alors de renoncer à la dissection complète du sac et de faire la suture des piliers (Czerny, Schwartz, Léonté). Le procédé de Socin a été adopté et vulgarisé en France par M. L. Championnière; c'est lui qui a donné à M. Doyen (de Reims), deux beaux succès sur les opérés qu'il a présentés au Congrès.

Ce procédé est-il difficile? Oui, par la minutie de ses divers temps; mais il ne l'est pas plus que toute autre opération de la chirurgie actuelle; il n'est pas à la portée de tout le monde, mais il n'est pas nécessaire que tous les chirurgiens la pratiquent; s'il existe assez de chirurgiens dans chaque ville pour la pratiquer convenablement, cela suffit; l'opération exige un apprentissage, les chirurgiens doivent s'y soumettre et commettent des fautes avant d'arriver à la perfection nécessaire (Richelot, Routier, etc.); d'ailleurs, comme, grâce à l'antisepsie, les fautes commises n'entraînent que des dangers minimes, il ne faut pas que le désir de les éviter éloigne les jeunes chirurgiens de la cure radicale. Mais, sorti de cette courte période d'apprentissage, le chirurgien est assez sûr de lui-même pour corriger les infirmités et prévenir les accidents; il n'en est plus réduit à soulager des moribonds. Cette opération, dit M. Trélat, est sans mortalité, prévient les accidents mortels, réduit les gênes de l'infirmité; c'est une vraie conquête chirurgicale dans les cas de hernie compliquée (quoi qu'on en pense pour les hernies simples), c'est pourquoi elle a fait la rapide conquête du monde chirurgical.

10° Dans les hernies congénitales, la dissection du sac herniaire peut

offrir des difficultés, cependant elle réussit dans la grande majorité des cas. La partie inférieure doit être conservée pour refaire au testicule une tunique vaginale propre.

11° Dans le cas d'ectopie avec atrophie du tissu glandulaire, le testicule doit être enlevé avec le sac. La castration peut encore être pratiquée chez les vieillards (Le Bec), lorsque l'adhérence du sac aux éléments du cordon rend la dissection impossible, ou que dans celle-ci on a blessé les éléments. Mais on avouera, avec M. Segond, que cet expédient est un peu trop radical, qu'il vaut mieux ne pas s'obstiner à disséquer bon gré mal gré le sac, et avoir recours à l'un des procédés indiqués pour ces cas particuliers, la suture des piliers, par exemple, recommandée par Czerny.

Signalons, enfin, le mode de guérison des hernies décrit par M. Le Diberder. Cette guérison se fait par la transformation du tissu conjonctif sous-péritonéal en tissu cellulo-graisseux d'abord, puis fibro-graisseux; c'est ce tissu qui, dans certaines conditions, peut oblitérer l'orifice herniaire. Pour renforcer cette barrière naturelle, on a proposé encore d'y ajouter, pendant l'opération, un lambeau avivé de la peau, du périoste de lapin et même un fragment de périoste pris sur le tibia de l'opéré.

L.-H. Petit.

De l'opération du phlegmon de la main(1)

Par Ant. Courtade, ancien interne des hôpitaux.

Ma deuxième observation est un cas d'évolution spontanée du phlegmon de l'avant-bras et de la main, terminé par la guérison; malgré les lacunes forcées d'une observation prise exclusivement d'après les souvenirs de la malade, elle ne laisse pas que d'être intéressante.

Obs. II, — *Phlegmon de la main et de l'avant-bras. — Guérison spontanée.* — A la fin de janvier 1887, Mme X..., âgée de 52 ans, fut prise de frissons intenses et répétés pendant deux jours. Le troisième jour, elle constata une légère tuméfaction de la main gauche, qui ne fit que s'accroître; bientôt le gonflement devint énorme et s'éleva jusqu'au coude.

Le huitième jour de la maladie, il se fit une ouverture spontanée dans la *région de l'éminence thénar*, deux autres sur le *bord intérieur de l'avant-bras et dans sa partie inférieure*. Enfin il se fit d'autres ouvertures de moindre importance, situées : deux petites sur la face postérieure de l'avant-bras et une autre sur la face dorsale de la main, qui n'a même pas laissé de cicatrice appréciable.

Le liquide qui s'écoula par l'ouverture de l'éminence thénar *était assez clair*, tandis qu'au poignet la quantité de pus qui sortit fut énorme. La suppuration persista pendant deux mois environ, et entraîna un petit os rond par l'ouverture la plus inférieure du bord interne de l'avant-bras.

Le 23 mai, la malade se présente chez moi dans l'état suivant : la région du poignet et toute la main sont encore tuméfiées; tous les doigts, sauf le pouce, ont la forme de griffes très prononcées. (Il faut ajouter que tous les doigts ont été atteints antérieurement de panaris de la troisième phalange qui n'ont pas été soignés, et que les deux derniers avaient déjà la forme de crochet quand la malade a eu son phlegmon.)

Le pouce, accolé longtemps à l'index par un pansement vicieux, a conservé cette position, de sorte qu'aujourd'hui il est situé sur le même plan que les autres doigts et difficilement opposable; d'ailleurs, le pli interdigital qui le sépare de l'index est épaissi et beaucoup plus court qu'à l'état normal, ce qui limite le mouvement d'abduction.

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

©BIU Santé

Si on cherche, par une pression douce et progressive, à redresser les phalanges de l'index et du médius, on constate une résistance très forte, que l'on parvient néanmoins à vaincre, en partie seulement.

Le squelette carpien a fortement souffert, puisqu'il en est sorti un petit os, et qu'aujourd'hui la main est faiblement soutenue par le poignet ; les mouvements imprimés sont possibles, et l'ont perçoit une crépitation osseuse fort nette. Il n'existe nulle part de douleurs spontanées ou provoquées, nulle part d'inflammation aiguë, de rougeur vive qui permette de croire à la présence du pus.

Je passe à l'étude des cicatrices, qui est des plus instructives, parce qu'elles indiquent par quels voies et moyens la nature a fait les frais de la guérison.

La première en date est placée actuellement sur la face antérieure de l'avant-bras, presque *à la hauteur de la pointe du radius et un peu en dedans de l'artère radiale* que l'on sent battre. Cette cicatrice résulte d'une perforation qui siégeait primitivement plus bas, vers l'éminence thénar, mais que la disparition du gonflement a ramenée à la place qu'elle occupe aujourd'hui.

Sur le bord cubital de l'avant-bras, on voit deux cicatrices : l'une, située *à 2 centimètres de la pointe de cet os*, mesure 1 centimètre de longueur environ ; la deuxième est à 6 centimètres du même point. Ces deux ouvertures occupent aujourd'hui tout à fait le bord interne du cubitus, mais devaient être placées beaucoup plus en avant quand elles se sont produites.

Nous allons, maintenant, tâcher de reconstituer le drame qui s'est déroulé et dont nous ne connaissons que le dénouement. Une inflammation violente, partant probablement d'une grande synoviale (du pouce ou du petit doigt) a envahi toute la main et l'avant-bras. Puis, première ouverture vers la face antérieure du poignet, qui donne issue, non à du pus blanc crémeux, mais à un liquide séreux avec des grumeaux, comme l'est le liquide synovial dans les inflammations de la séreuse. L'ouverture ayant été spontanée, il est probable que les culs-de-sac des grandes synoviales de la main se sont rompus et que le pus a fusé dans le tissu cellulaire de l'avant-bras, d'où production d'ouvertures sur le bord cubital. Nous attirons de nouveau l'attention sur ce fait que l'inflammation a été très violente, puisqu'elle a été suivie de l'expulsion d'un petit os du carpe et qu'aujourd'hui la région est encore le siège d'une crépitation osseuse très marquée.

Malgré la position vicieuse du pouce, qui n'est pas opposable, l'immobilité de tous les doigts qui sont en griffes, nous n'avons conseillé à la malade aucune opération, pour la raisou suivante : l'absence de suppuration, le peu de douleur que provoquent les mouvements passifs du poignet, l'espérance qu'un traitement continu ramènerait un peu de mobilité dans les trois premiers doigts, et permettrait à la malade de se servir de sa main pour les usages ordinaires de la vie, tout en restant incapable d'un effort violent, d'un travail pénible ; d'ailleurs elle ne demandait pas d'avantage. Grâce à un exercice journalier et progressif, aux bains sulfureux limités seulement au membre malade, nous avons pu obtenir un résultat satisfaisant.

Traitement chirurgical de la synovite suppurée de la main. — En étudiant un grand nombre d'observations de phlegmon de la main et de l'avant-bras, consécutifs à une lésion traumatique des doigts extrêmes, en constate que la plupart des cas se ressemblent ; nous croyons qu'on peut leur opposer une opération déterminée qui a ses points de repère, ses indications, et qui doit donner de bons résultats si elle est faite en temps opportun.

Mais avant de l'exposer, nous allons passer en revue les procédés mis en usage par plusieurs chirurgiens.

Gosselin fait une incision à l'avant-bras, sur sa partie moyenne, dans une étendue de 8 centimètres, et divise couche par couche la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose anti-brachiale avec le bistouri. Il se sert ensuite du doigt pour déchirer, sans risque d'hémorrhagie, le tissu cellulaire du premier espace inter-musculaire qu'il rencontre ; il arrive

ainsi dans un foyer profond, limité en arrière par le carré pronateur et l'espace inter-osseux. Dans les cas où cette opération fut faite, l'écoulement du pus de l'avant-bras resta difficile, malgré les mèches de linge et le tube à drainage qu'il employa successivement. Il lui fallait, chaque matin et chaque soir, décoller les interstices musculaires et faire des injections pour empêcher la stagnation du pus et désinfecter le foyer profond.

Si le gonflement correspond au côté externe de l'avant-bras, Dolbeau, fort de sa théorie, conseille de procéder à l'ouverture du foyer comme si on voulait pratiquer la ligature de la radiale. Une fois l'aponévrose incisée, on a soin de fléchir la main, de façon à mettre les muscles dans le relâchement; cela permet de pénétrer dans leur interstice, soit avec le doigt, soit avec la sonde cannelée (mais, si la théorie est exacte, point n'est besoin de pénétrer dans les interstices musculaires, puisque les vaisseaux lymphatiques radiaux suivent exactement le trajet de la radiale), et on ouvre ainsi largement le foyer, sans crainte de léser l'artère. Le foyer ouvert, on y introduit une mèche qu'on laisse en place de douze à vingt-quatre heures, de façon à maintenir béante la voie d'écoulement du pus. Si le gonflement occupe le côté interne de l'avant-bras, on procède de la même façon par rapport à la cubitale.

Lorsque l'abcès siège au niveau du carré pronateur, Nélaton a indiqué le procédé suivant : on pratique immédiatement, en dedans du tendon du grand palmaire, une incision parallèle à ce tendon, commençant en bas, au niveau du bord supérieur du ligament transverse du carpe, et longue de 6 centimètres; le tendon du grand palmaire mis à nu, on cherche en dedans de lui le nerf médian, qu'on découvre sans difficulté. Cela fait, on fléchit la main, de façon à mettre dans le relâchement tous les muscles; on fait écarter en dehors le tendon du grand palmaire, en dedans le nerf médian et le faisceau des tendons fléchisseurs, et, dans l'intervalle, on tombe sur le foyer, s'il est situé au-devant du carré pronateur. S'il est derrière le muscle, on l'ouvre en incisant celui-ci perpendiculairement à la direction de ses fibres.

Le lieu d'élection, dit Tillaux, pour l'ouverture des abcès profonds du poignet, est situé légèrement en dedans de la ligne médiane. Pratiquez, dit-il, à ce niveau une incision verticale longue de 4 à 5 centimètres, et divisez couche par couche, comme pour une ligature d'artère, toutes les parties molles de l'avant-bras, jusqu'à ce que vous arriviez dans le foyer. S'il existait à la main un foyer communiquant avec celui du poignet par-dessous le ligament annulaire antérieur du carpe, il serait nécessaire de le drainer, peut-être même de faire une contre-ouverture.

Nous ferons à tous ces procédés un reproche commun, c'est que la place de l'incision rend l'écoulement du pus difficile; le drainage insuffisant prolonge la durée de la guérison et facilite singulièrement la soudure des tendons entre eux.

Quelle est donc l'opération qui favorisera l'écoulement du pus sans augmenter la gravité de l'intervention? Elle est facile à déduire des considérations anatomiques et physiologiques. Le plus souvent, on le sait, le cul-de-sac de l'une des deux grandes synoviales, ou les deux à la fois, sont le siège principal de l'inflammation; c'est là, en tout cas, que réside le danger de voir une rupture de la séreuse entraîner le phlegmon de l'avant-bras; c'est donc là que doit porter l'une des incisions. Or, la synoviale du pouce remonte à 3 ou 4 centimètres au-dessus du ligament annulaire, en suivant

©BIU Santé

le tendon du long fléchisseur et en dehors du fléchisseur superficiel. L'incision antérieure doit donc être placée en dehors de la ligne médiane pour atteindre cette gaine et arriver jusqu'au carré pronateur, si on ne trouve pas de pus avant.

D'autre part, l'avant-bras malade repose en général sur son bord cubital, et quelquefois, mais plus rarement, sur sa face antérieure. Pour que l'écoulement du pus soit facile, il faut donc que l'une des extrémités du drain sorte par le bord cubital de la région. Une deuxième incision sur le bord interne de l'avant-bras, pénétrant sous les tendons fléchisseurs et communiquant avec la précédente, assurera cet écoulement.

Si l'expérience d'un cas ne suffisait pas pour convaincre de l'excellence de cette méthode, nous pourrions invoquer les leçons de la nature qui a fait à elle seule les frais de la guérison dans notre seconde observation. Les cicatrices que présente l'avant-bras de cette malade sont placées : l'antérieure un peu en dedans de l'artère radiale; et les deux internes, la première à 2 centimètres environ de la pointe du cubitus, et la seconde à 6 centimètres de cette extrémité. On voit quels sont les points qui concordent exactement avec ceux que nous avons déterminés précédemment. On nous permettra de faire remarquer que, dans ce cas, aucune des cicatrices n'est placée sur le trajet des artères du bras, comme le voudrait la théorie de Dolbeau.

L'opération que nous proposons est la suivante :

1° Faire au niveau du bord antérieur du cubitus, à 1 ou 2 centimètres au-dessus de son extrémité inférieure, une incision de 5 centimètres environ; après avoir coupé la peau et l'aponévrose, pénétrer, avec la sonde cannelée ou le doigt, sous les muscles fléchisseurs et au-devant du carré pronateur.

2° Sur le bord interne du tendon du grand palmaire, à 1 centimètre en dedans de l'artère radiale, et à quelques centimètres du pli cutané qui limite en haut les éminences thénar et hypothénar, pratiquer une incision de 5 centimètres. Après la section de l'aponévrose antibrachiale, le bistouri doit être abandonné; pénétrer avec la sonde cannelée dans l'interstice tendineux jusqu'au moment où le pus ou la sérosité lactescente apparaîtra. Le foyer ouvert, on passe un drain qui traverse les deux ouvertures, et par lequel des lavages sont pratiqués s'il y a lieu.

Il est bien entendu que des incisions pourront être faites, suivant les circonstances, en d'autres régions, s'il existe une collection; c'est ainsi que, chez notre malade, nous avons incisé, au niveau du pli digito-palmaire du petit doigt, sur la face dorsale de ce dernier et de l'annulaire.

Le drain du poignet sera remplacé, aussitôt que le pus sera moins abondant, par un tube de moindre diamètre, et sera retiré complètement quand la suppuration aura presque disparu. Nous conseillons néanmoins de faire traverser le trajet par un fil antiseptique qui servira de guide pour le cas où le drain aurait été retiré prématurément et devrait être replacé.

De plus, quelques jours après l'opération, il est bon d'exercer légèrement les doigts à de faibles mouvements de flexion qui ne nuisent en rien à la guérison et combattent la raideur consécutive en libérant les tendons de leurs adhérences.

Quand la cicatrisation est achevée, les bains sulfureux, le massage, les mouvements passifs et actifs des doigts rétabliront très vite la mobilité de ceux-ci, sauf peut-être de celui qui a été le point de départ du phlegmon,

parce que ses tendons fléchisseurs sont détruits, exfoliés ou adhérents à la gaine.

Nous serions heureux, si nous avions pu convaincre que cette opération est rationnelle, et qu'elle peut être opposée avec succès à une affection qui, généralement, est très grave, pour laquelle beaucoup de praticiens manquent de méthode et se livrent, comme nous l'avons vu bien des fois, au hasard de l'inspiration.

REVUE DES JOURNAUX

Action destructive de l'eau bouillante sur le bacille de la fièvre typhoïde. — Le docteur Wilchur, de Saint-Pétersbourg, nous dit *The Lancet* du 14 janvier 1888, a fait de nombreuses cultures, dans un bouillon approprié, du bacille de la fièvre typhoïde. Après avoir maintenu ces cultures pendant deux jours à une température d'environ 33° C., il les a mélangées avec des proportions déterminées d'eau bouillante, et les a semées immédiatement après sur de la gélatine. Il a constaté que lorsque le volume de l'eau bouillante égale celui de la culture soumise à l'expérience, les bacilles sont détruits en partie, mais non en totalité; et que lorsque le volume de l'eau bouillante est double de celui de la culture, tous les bacilles sont tués. Par ses expériences sur les selles des malades atteints de fièvre typhoïde, il a reconnu que tous les bacilles, quelque nombreux qu'ils fussent, étaient invariablement détruits par l'addition d'un volume d'eau bouillante égal à quatre fois celui de la déjection. Il en conclut qu'il est toujours facile de désinfecter certainement les selles des malades atteints de la fièvre typhoïde. On comprend toute l'importance d'une pareille étude, si les résultats en sont démontrés exacts, pour empêcher la propagation de cette maladie. — R.

CORRESPONDANCE

10 mars 1888.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je viens faire appel à votre loyauté pour vous prier de faire opérer dans le prochain numéro de l'*Union médicale* une rectification qui me touche de près, puisque c'est moi qui suis en cause. C'est au sujet du rapport académique de M. Dujardin-Beaumetz, sur l'action des substances à distance, chez les sujets hypnotisés. Il est dit, première page du numéro de ce jour, ligne 14, qu'un autre point de vue avait frappé la commission, c'était l'action du tube de verre vide.

Cette action d'un tube de verre vide sur un sujet hypnotisé n'est pas une nouveauté découverte par la commission pour contrebattre mes expériences. Je l'ai étudiée déjà depuis longtemps, et j'ai montré que le verre, par son éclat, pouvait avoir une action excitante chez certains sujets. Ceci est exposé tout au long dans mon mémoire *Sur les émotions*, p. 97.

Mais ce qui est important à noter dans le cas actuel, et ce à quoi je tiens essentiellement, c'est qu'on sache que j'ai fait, devant la commission, la contre-épreuve immédiate du tube vide. Et, après avoir fait observer que l'émotion d'un sujet sous l'action d'un tube de verre vide n'était imputable qu'aux rayons lumineux réfléchis et réfractés par les parois du verre, et qu'il s'agissait là d'un phénomène purement physique, j'apportai immédiatement la preuve de ce que j'avançais, en présentant au même sujet un tube de verre recouvert de papier noir, et, chose bien significative! — le tube demeura en place pendant deux minutes, et durant tout ce temps il ne produisit, chez le sujet, aucune réaction apparente. L'influence du verre vide a donc été absolument nulle.

Ce simple fait, qui dans l'appréciation de mes expériences est destiné à avoir une influence capitale, a été omis *inconsciemment*, j'aime à le croire, dans le compte rendu

©BIU Santé

qui figure dans votre journal. Je viens vous prier, au nom de la vérité, de vouloir bien rétablir l'état des choses telles qu'elles se sont passées, et de permettre au public médical d'avoir sous les yeux les éléments de la question qui se juge en ce moment. Je me réserve du reste, lorsque viendra la discussion du rapport de la commission, de démontrer que les choses ne sont pas aussi péremptoirement jugées que se plait à le dire l'auteur de l'article en question, et que les épreuves faites par la commission pourraient bien aussi avoir certains côtés faibles qui les fassent considérer comme dénuées de la portée qu'on veut si bénévolement leur accorder.

Veuillez agréer, Monsieur le rédacteur en chef, l'expression de ma considération distinguée.

J. Luys.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 5 mars 1888.

Recherches expérimentales sur l'influence dégénérative de l'alcool sur la descendance, par MM. A. Mairet et Combemale. — « Au cours de recherches sur l'intoxication chronique par l'alcool chez les animaux, nous avons eu l'occasion d'observer des faits d'hérédité qui, au point de vue de l'influence dégénérative de l'alcool sur les descendants, nous paraissent assez importants pour être signalés.

Ces faits sont de trois ordres : ils concernent, l'un les produits d'un chien intoxiqué chroniquement par l'absinthe Pernod; l'autre, les produits d'une chienne intoxiquée d'une manière aiguë, pendant les derniers semaines de la gestation, par de l'absinthe de débit, et le troisième, la descendance d'un des produits de cette dernière chienne, non soumis à l'intoxication.

Ces faits ont donc rapport, d'une part, à l'influence de l'intoxication chronique sur une génération; d'autre part, à l'influence de l'intoxication aiguë sur deux générations successives.

Intoxication chronique. — Un chien intoxiqué chroniquement par l'alcool, s'accouplant à une chienne jeune, vigoureuse, sans tare aucune, donne naissance à douze chiens qui tous succombent dans l'espace de soixante-sept jours. Deux sont mort-nés; trois d'entre les autres peuvent être considérés comme ayant péri accidentellement. Les sept autres succombent à des accidents divers : attaques épileptiformes, entérite vermineuse, tuberculose pulmonaire et péritonéale, et l'on trouve à leur autopsie des lésions qui ne peuvent évidemment être rattachées qu'à une dégénérescence alcoolique : épaississement des os du crâne, sutures précoces, adhérences entre la dure-mère et les os crâniens, différences de poids entre les hémisphères, dégénérescence graisseuse du foie.

Influence de l'intoxication aiguë. — Une chienne vigoureuse, intelligente, soumise pendant les trois dernières semaines de sa gestation à une intoxication aiguë par l'absinthe de débit, donne naissance à six petits, dont trois mort-nés.

Des trois vivants, deux sont bien développée physiquement, mais peu intelligents; le troisième — la chienne X — a une croissance difficile, des défectuosités intellectuelles et un notable degré d'anosmie.

Voilà pour l'influence de l'intoxication aiguë sur la première génération.

Pour la seconde génération, la chienne X, dont nous venons de parler, présentant déjà des phénomènes de dégénérescence portant plus particulièrement sur le système nerveux, s'accouple avec un chien vigoureux et intelligent. Elle met bas trois chiens, dont l'un offre des vices de conformation nombreux (pied-bot, atrophie de plusieurs orteils, gueule de loup, etc.), dont un autre meurt athrepsique avec persistance du trou de Botal, et dont le troisième est atteint de carreau et d'atrophie du train postérieur.

L'influence dégénératrice est donc, dans ce cas, plus considérable dans la seconde génération que dans la première.

Nous nous contentons, pour le moment, de signaler ces faits; en tirer des conclusions générales serait prématuré; nous voulons, pour cela, multiplier nos expériences. »

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE MARS 1888.

Jeudi 1er. — M. Lepage (Gabriel) : Applications du forceps au détroit supérieur. (Président, M. Tarnier.) — M. Lebel : Des épilepsies par troubles de la circulation. (Président, M. Dieulafoy.)

Vendredi 2. — M. Wisard : De l'intervention chirurgicale dans les rétentions placentaires après l'avortement. (Président, M. Guyon.) — M. Albesco : Rectotomie postérieure préliminaire ou exploratrice. (Président, M. Lannelongue.) — M. Raoul : De la désarticulation du coude avec résection des saillies articulaires de l'humérus. (Président, M. Lannelongue.)

Du samedi 3 au mercredi 7. — Pas de thèses.

Jeudi 8. — M. Rousseau : Contribution à l'étude de l'amygdalite infectieuse aiguë. (Président, M. Brouardel.) — M. Marteret : Contribution à l'étude de la paralysie générale à début tardif. (Président, M. Ball.) — M. Chauveau : Fièvre hystérique. (Président, M. Proust.) — M. Demelin : Segment inférieur de l'utérus. (Président, M. Tarnier.)

Vendredi 9 mars. — Pas de thèses.

Samedi 10 mars. — M. Boureau : Du curage dans l'endométrite chronique du corps de l'utérus. (Président, M. Proust.) — M. Level : Paralysies urémiques (Président, M. Proust.)

Du lundi 12 au mercredi 14. — Pas de thèses.

Jeudi 15. — M. Grattery : Troubles viscéraux d'origine menstruelle. (Président, M. Brouardel.) — M. Texier : Déformation du tronc causée par la sciatique. (Président, M. Proust.) — M. Trazit : Contribution à l'étude de la chlorose fébrile. (Président, M. Proust.) — M. Rochefort : Contribution à l'étude des tumeurs gommeuses du sterno-mastoïdien. (Président, M. Le Fort.) — M. Brée : Des pseudarthroses du corps du fémur. (Président, M. Panas.) — M. Villemin : Etude expérimentale sur l'action de quelques agents chimiques sur le bacille de la tuberculose. (Président, M. Verneuil.) — M. Lejars : Du gros rein polykystique de l'adulte. (Président, M. Verneuil.)

Mercredi 21. — M. Fragne : Conjonctivite blennorrhagique, séro-vasculaire, sans inoculation. (Président, M. Fournier.) — M. Mirassou-Nouqué : Considérations sur quelques dispositions du placenta dans son insertion vicieuse. (Président, M. Fournier.) — M. de Souza : Etude sur le mécanisme des états psychiques normaux. (Président, M. Gariel.) — M. Joubert : La thyrotomie pour les corps étrangers du larynx. (Président, M. Guyon.) — M. Loppe : De l'antisepsie en gynécologie. (Président, M. Lannelongue). — M. Cator : Tuberculose de l'os malaire. (President, M. Lannelongue.)

Jeudi 22. — M. Wertheimer : Essai sur les hernies consécutives aux opérations de laparotomie. (Président, M. Panas.) — M. Basset : Des vomissements incoercibles chez les hystériques. (Président, M. Dieulafoy.) — M. Bruant : De la mélancolie survenant à la ménopause. (Président, M. Ball.) — M. Semelaigne : Philippe Pinel et son œuvre au point de vue de la médecine mentale. (Président, M. Ball.)

Vendredi 23. — M. Pozzi : Traitement du cancer de l'utérus. (Président, M. Trélat.) — M. Pouloux : Contributions à l'histoire médicale du laurier rose. (Président, M. Damaschino.)

FORMULAIRE

CRAYONS CAUSTIQUES. — De Sinéty.

Acide phénique cristallisé	0 gr. 05 centigr.
Tannin	4 grammes.
Glycérine	V gouttes.
Gomme adraganthe.....	Q. S.

Pour des crayons de 3 centimètres de long, et de 3 à 4 millimètres de diamètre. —

©BIU Santé

On les emploie, dans les cas de métrite, pour cautériser légèrement le col utérin. — En cas d'insuffisance de ce moyen, on a recours à la cautérisation avec l'acide chromique. On se sert, à cet effet, d'une solution à parties égales, d'acide chromique cristallisé et d'eau. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

VIIe Congrès international de chimie et de pharmacie. — Le Congrès doit, on le sait, avoir lieu à Milan en septembre prochain. Le Conseil directeur de l'association pharmaceutique lombarde a adressé un chaleureux appel aux pharmaciens, chimistes, industriels, professeurs et docteurs en chimie afin de les inviter à se cotiser pour recueillir les fonds nécessaires à la réunion du Congrès.

« Dans le cas non probable, ajoute le comité, où cet appel ne serait pas suivi d'un résultat favorable, le Conseil, déclinant toute responsabilité, en informera l'Association internationale en regrettant que l'indifférence et l'apathie de nombreux collègues ne lui permette pas de mettre à exécution le vote du précédent Congrès de Bruxelles. »

Voilà une phrase qui ne nous semble pas d'un bon augure pour la réunion du Congrès de Milan. — Ch. S.

COURRIER

Académie de médecine. — Commissions de prix pour 1888 :

Prix de l'Académie : MM. Proust, Rochard et Colin (Léon).
Prix Amussat : MM. Larrey, Polaillon et Péan.
Prix Barbier : MM. Leblanc, Luys et François-Frank.
Prix Buignet : MM. Gariel, Bouchardat et Schützenberger.
Prix Capuron : MM. Moutard-Martin, Siredey et Bouchard.
Prix Civrieux : MM. Potain, Peter et Blanche.
Prix Daudet : MM. Le Fort (Léon), Vidal et Fournier.
Prix Desportes : MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Hayem.
Prix Falret : MM. Hardy, Lancereaux et Mesnet.
Prix Godard : MM. Laboulbène, Cornil et Ball.
Prix Itard : MM. Villemin, Tarnier et Empis.
Prix Laval : MM. Bucquoy, Trélat et Charcot.
Prix Meynot : MM. Duplay, Panas et Labbé.
Prix Monbinne : MM. Brouardel, Besnier et Cusco.
Prix Orfila : MM. Le Roy de Méricourt, Caventou et Gauthier.
Prix Portal : MM. Guéniot, Perrin et Ranvier.
Prix Pourat : MM. Sappey, Duval et Laborde.
Prix Saint-Paul : MM. Marey, Lannelongue et C. Paul.
Prix Stanski : MM. Jaccoud, Nocard et Worms.
Prix Vernois : MM. Trasbot, Vallin et Lagneau.

— Le professeur Hayem commencera son cours de thérapeutique et de matière médicale le lundi, 19 courant, à cinq heures, dans le petit amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants à la même heure.

QUINIUM-ROY *granulé,* extrait normal de quinquina soluble.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. G. Schlemmer : L'hystérectomie vaginale et les pinces à demeure devant la Société de médecine de Berlin. — II. Brouardel : Conférence médico-légale faite à la Morgue. — III. Thérapeutique : Médicaments anciens et nouveaux. — IV. Hydrologie médicale : Brides-les-Bains. — V. De quelques nouvelles médications. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier.

L'hystérectomie vaginale et les pinces à demeure devant la Société de médecine de Berlin.

Dans la séance du 1er février, le professeur Landau a fait à la Société de médecine de Berlin une communication intéressante, au double point de vue de l'histologie et de la thérapeutique, sur le cancer utérin (1).

Rappelant d'abord les recherches anatomo-pathologiques de Virchow, qui ont fait repousser définitivement par les chirurgiens l'abstention préconisée autrefois par Russ, il relève l'erreur des conceptions de Schrœder, de Ruge, de Binswanger et de Schauta, qui voyaient dans le cancroïde de la portion sous-vaginale une lésion absolument distincte du cancer de la muqueuse utérine, sans tendance à s'étendre au corps et n'envahissant jamais celui-ci qu'après s'être installé préalablement sur le vagin et sur la vessie. L'excision de la portion sous-vaginale seulement, préconisée par ces auteurs en raison de la théorie précédente, a été déconseillée déjà par Brennecke, Fritsch, Martin et d'autres encore, qui préfèrent l'extirpation totale, parce que la débilitation peut s'aggraver à chaque hémorrhagie menstruelle, et parce qu'il convient ici, comme dans les ablations de cancers du sein, d'enlever largement tout l'organe affecté. D'ailleurs, malgré les résultats relativement favorables obtenus par Schrœder et son école, et malgré les recherches de Ruge et de Veit, qui pensent que la muqueuse du corps utérin reste saine dans le cas de cancer de la portion sous-vaginale, les travaux tout récents d'Abel achèvent de condamner la doctrine de l'excision limitée au col. Bien qu'à l'œil nu on n'y constate généralement aucune lésion, la muqueuse du corps utérin a présenté au docteur Abel des altérations histologiques considérables. Sur sept utérus, enlevés par Landau pour un cancer du col, pas une muqueuse du corps utérin n'a été trouvée normale, dit le docteur Abel, et dans trois de ces cas elle offrit une dégénérescence sarcomateuse, caractérisée par la destruction des glandes et par la prolifération du tissu intermédiaire, comprenant de grandes cellules épithélioïdes situées dans les mailles d'un tissu conjonctif lâche, et des cellules fusiformes sarcomateuses qui prédominaient par place.

Virchow, qui a recueilli ses premières observations de tumeurs mixtes sur des sarcomes intra-oculaires où il ne pouvait être question de glandes et où il a trouvé des cellules carcinomateuses, pense que, durant le développement d'un sarcome, une véritable dégénération peut se présenter dans cette tumeur sous la forme de cellules cancéreuses; cette donnée lui paraît applicable à certains sarcomes intra-utérins.

(1) *Prog. med. Woch.*, 1888, n° 7; — *Berl. klin. Woch.*, 1888, n° 8; — *Wien. med. Blatt*, 1888, n° 7.

©BIU Santé

Après avoir signalé la mortalité élevée et les récidives nombreuses qui firent abandonner l'extirpation totale par voie de laparotomie, tentée il y a dix ans par Freund, Landau énumère les inconvénients du procédé d'excision vaginale de Czerny et Schrœder, qui, pour détacher l'utérus de ses connexions, préconisent l'emploi des ligatures et des sutures. Il reproche à leur méthode : 1° d'entraîner une perte de sang parfois considérable; 2° de pouvoir donner lieu à des hémorrhagies secondaires; 3° d'exposer à une lésion des uretères, soit par le fait d'une incision, soit par le fait de la ligature des parties latérales; 4° d'exiger une opération très longue qui, dans bien des cas, n'est pas applicable, notamment quand on ne peut tirer en bas l'utérus, soit en raison d'une extension du cancer au ligament large, soit en raison d'une périmétrite ou de quelque altération rétractile.

En substituant l'emploi des pinces à l'usage de la ligature, la méthode préconisée, il y a deux ans, en France par Richelot, et introduite en Allemagne par Mülier, constitue un très grand progrès. Ce procédé, qui consiste à détacher l'utérus de la vessie et du rectum en arrêtant immédiatement chaque hémorrhagie à l'aide des pinces, puis à saisir les ligaments larges entre un nombre variable de pinces et à exciser l'utérus sans ligatures, a l'avantage de réduire la durée de l'opération d'une centaine de minutes à une quinzaine, de n'entraîner qu'une perte de sang minime, de prévenir les hémorrhagies secondaires, d'écarter les dangers d'une narcose prolongée, et d'éviter à peu près sûrement toute lésion des uretères. Les soins consécutifs sont extrêmement simples : après l'ablation des pinces, au bout de quarante-huit heures, la guérison peut s'effectuer sans incident, puisqu'on n'a à s'occuper d'aucune suture.

Sur 9 femmes, dont 4 âgées de moins de 30 ans, ainsi opérées par Landau, pour des cancroïdes de la portion sous-vaginale, — sauf une malade affectée de sarcome du corps et une autre affectée de myome utérin, — 5 sont encore bien portantes, 2 ont succombé à une récidive (l'une au bout de dix-huit mois, l'autre au bout de six mois), 1 seulement n'a pas survécu à l'opération même. Cette dernière se promena dans la salle, au bout de quarante-huit heures, pendant la nuit qui suivit l'ablation des pinces, et présenta des symptômes d'iléus. La laparotomie, pratiquée le neuvième jour, montra une anse intestinale rendue imperméable par le fait de son enclavement dans le repli de Douglas, d'où on ne put la sortir qu'avec effort. Chez toutes ses autres opérées, Landau n'a constaté aucun phénomène fâcheux; l'une d'elles seulement, dont les pinces avaient été retirées au bout de vingt-quatre heures, eut une hémorrhagie secondaire qu'on put d'ailleurs enrayer.

Kuster, qui a expérimenté deux fois cette méthode, déclare qu'elle a parfaitement réussi dans le premier cas, bien que la portion du ligament large saisie entre les pinces (qu'on avait laissées en place vingt heures seulement), se soit gangrénée et ait mis assez longtemps à s'éliminer. Quant au second cas, qu'il eût peut-être mieux valu ne pas opérer, en raison du peu de mobilité de l'utérus, il parut d'abord se comporter à souhait, puis il se compliqua de phénomènes septiques, sans symptômes péritonéaux, et la mort survint le dixième jour. A l'autopsie, on ne trouva pas de péritonite, mais on constata, au voisinage du champ opératoire, une tache gangréneuse sur une anse intestinale, que Küster est certain de n'avoir pas saisie dans les pinces, et qu'il attribue à la compression exercée sur ce tissu par le poids de la pince demeurée en place pendant une ving-

taine d'heures. La crainte de semblable accident engage ce chirurgien à repousser la méthode en question, malgré sa commodité.

D'accord avec Küster au sujet de la valeur et de l'innocuité du procédé diagnostique cité par cet auteur, et consistant à pratiquer dans les cas douteux l'exploration digitale du fond de l'utérus pour examiner les produits du grattage, Landau réfute ses conclusions à l'égard de la méthode opératoire. Il fait observer, en effet, que le procédé d'extirpation vaginale de Czerny s'accompagne régulièrement d'une mortification des tissus situés en deçà de la ligature et de leur élimination sous forme de détritus ou de lambeaux avec sécrétions plus ou moins fétides ; cette objection, ajoute-t-il, peut d'autant moins s'adresser au procédé de Richelot, que chez toutes ses opérées l'élïmination s'est montrée d'une innocuité absolue. Quant à une lésion intestinale provoquée, dans le décubitus, par le poids de la pince, elle ne paraîtrait qu'au cas où une péritonite aurait développé un météorisme assez accusé pour empêcher l'anse intestinale, généralement très souple, de fuir devant cette pression ; l'observation n'ayant jamais révélé jusqu'ici de péritonite consécutive à l'opération de Richelot, Landau n'hésite pas à déclarer cette méthode absolument irresponsable des accidents survenus chez les opérées de Küster, et, sans vouloir porter dès aujourd'hui un jugement définitif sur la valeur de ce procédé opératoire, il engage vivement ses collègues à en multiplier l'épreuve.

Dr G. Schlemmer.

Conférence médico-légale faite à la Morgue,

Par M. le professeur Brouardel.

Questions médico-légales à élucider en présence d'un cas de rage ; autopsie d'un enfant de 7 ans mordu il y a un mois.

On vient de nous apporter le corps d'un enfant de 7 ans, mordu le 2 février par un chien suspect. Ce petit garçon a succombé, d'après les affirmations du médecin traitant, avec les symptômes de la rage. Nous allons examiner les différentes questions de responsabilité qui se posent à propos de ce cas intéressant.

Et tout d'abord il est bon d'insister sur ce point : je viens de faire demander au Parquet la permission de procéder immédiatement à l'autopsie. Il est, en effet, de la plus grande importance d'agir avant le début de la putréfaction. Nous allons envoyer le bulbe au laboratoire Pasteur afin qu'il soit inoculé aux lapins. La rage expérimentale se déclare, vous le savez, du douzième au quatorzième jour. Si, au lieu d'envoyer un bulbe frais, nous attendons que la substance nerveuse ait subi un commencement de putréfaction, il y aura grands risques d'inoculer aux rongeurs différentes septicémies qui font mourir les animaux avant l'apparition des premiers symptômes rabiques. Je sais bien que M. Galtier a réussi à communiquer la rage avec des bulbes putréfiés. Il n'en est pas moins vrai qu'on opère ainsi dans des conditions désavantageuses qu'il est bon d'éviter, si on le peut.

A ce propos donc un conseil. Si vous êtes en province, et s'il vous faut envoyer au laboratoire Pasteur le bulbe d'un chien suspect de rage, procédez ainsi : décapitez l'animal, enveloppez la tête d'ouate et envoyez-la rue d'Ulm. C'est un bon moyen d'éviter la putréfaction qui, vous le savez, est plus lente sur toute partie détachée du tronc. Vous vous souvenez, en

©BIU Santé

effet, que, dans le procès de Lebiez et Barré, les tronçons de la victime coupée en morceaux étaient, après huit jours, encore presque frais et dans un état de conservation parfaite.

Mais que se passe-t-il, au point de vue médico-légal, dans un cas comme celui nous occupe?

Vous savez qu'il y a dans le code un article rendant tout individu responsable du dommage causé par les animaux qui lui appartiennent. Lorsqu'un chien mord une personne, la responsabilité du propriétaire est engagée. Mais ici le propriétaire a consulté un vétérinaire qui aurait déclaré que le chien n'était pas enragé. Il faut donc déterminer quelle est la part de responsabilité du vétérinaire et du propriétaire, et, pour cela, la première question à résoudre est celle de savoir si la mort de l'enfant a bien été causée par la rage.

Les investigations doivent porter sur le chien et sur l'homme, et les renseignements sont fournis dans les deux cas par la clinique, l'autopsie et surtout par les conclusions expérimentales.

La clinique ne peut donner que des probabilités. Il y a quelques années à peine, on ne connaissait qu'une seule espèce de rage : la forme convulsive. Depuis les recherches de Pasteur, on a vu que les localisations n'étaient pas seulement bulbaires, mais qu'elles étaient aussi médullaires, et plusieurs observations ont prouvé que la mort pouvait survenir chez l'homme présentant la forme de rage paralytique. Il y a donc, à ce point de vue, une lacune dans tous les traités classiques concernant la rage qui sont entre vos mains, et l'article Rage du *Dictionnaire encyclopédique* dont je suis l'auteur n'est pas plus exempt que les autres de ce défaut. Il faut donc savoir que paralysie et paraplégie peuvent être les seuls symptômes de l'hydrophobie dans certains cas, et en présence d'une myélite ascendante rapide, bien souvent, le médecin ne songeant pas à demander si le malade a été mordu par un chien, méconnaît un cas de rage que l'inoculation du bulbe pourrait révéler. Il me semble que, dans ces cas, il serait bon de penser à ce moyen de diagnostic.

Mais, quand un malade meurt avec tous les symptômes classiques de la rage convulsive commune, on peut encore se tromper. L'alcoolisme, l'absinthisme surtout, donne naissance à ces mêmes phénomènes typhiques. Un des malades du service de Gubler en a été un frappant exemple. C'était un alcoolique qu'on a pu croire enragé grâce à une morsure faite antérieurement par un chien.

Les symptômes chez le chien permettent-ils plus de certitude? En aucune façon. Avant la période errante caractéristique, il en est une autre où l'animal est plus aimable, plus affectueux pour son maître. Pendant cette période, dont l'existence est encore peu connue du public et même du vétérinaire, rien, si ce n'est peut-être la voix, ne peut permettre un diagnostic précis.

La nécropsie ne donne guère que des renseignements négatifs; mais ceux-ci ont une certaine importance chez l'homme. Quant au chien, les pierres, débris de fer, etc., trouvés dans l'estomac, ne peuvent guère constituer que des probabilités de rage et rien de plus.

Chez l'homme, les lésions anatomiques sont peu importantes, mais l'autopsie a au moins ce résultat de démontrer qu'on ne trouve dans aucun organe la cause de la mort, et dans notre cas particulier, par exemple, que cet enfant n'a pas succombé à une phthisie, à une méningite tuberculeuse

ou à une autre affection ; que la mort n'a pas été causée surtout par une contusion rénale déterminant, par urémie, des vomissements, de la dyspnée, des convulsions, du coma, symptômes se rapprochant beaucoup des accidents rabiques.

Dans les autopsies de ce genre, il faut donc examiner attentivement les reins et le contenu vésical. La constatation d'une grande quantité d'albumine dans les urines aurait seule une valeur positive considérable en permettant de penser à l'urémie. Mais la présence d'une faible quantité d'albumine dans les urines ne signifierait rien, bien que, dans la rage, les urines soient faiblement albumineuses. On sait, en effet, par les recherches de M. Vibert, que la putréfaction seule suffit à déterminer l'apparition de cette substance dans les liquides vésicaux. Ce fait a été facilement démontré en remplissant d'eau pure des vessies qu'on abandonnait ainsi dans le laboratoire ; au bout d'un certain temps, quand un commencement de putréfaction avait envahi la poche urinaire, l'acide nitrique décelait dans l'eau des proportions notables d'albumine.

Nous allons procéder à cette autopsie et rechercher d'abord si nous trouvons des traces de morsure. On voit, au niveau de la commissure droite de la bouche, une cicatrice qui semble à la vérité être plutôt le résultat d'un coup d'ongle que d'un coup de dent. Au reste, la constatation d'une cicatrice de morsure n'est pas nécessaire pour admettre la possibilité de la rage. Le lèchement sur une simple érosion de la peau suffit à déterminer la contamination. Plusieurs malades de ce genre sont actuellement en traitement au laboratoire de M. Pasteur.

Tous les organes de cet enfant sont sains ; seul le bulbe présente une congestion notable. Nous allons le renfermer dans un tube et l'envoyer rue d'Ulm pour servir aux inoculations, qui seules pourront nous permettre d'affirmer avec toute la certitude scientifique que ce garçon est mort de la rage. Dans quinze jours, je vous communiquerai le résultat de ces inoculations.

Supposons que ces inoculations soient positives. Que se passerait-il au point de vue médico-légal ?

Les parents de l'enfant pourront demander une indemnité au propriétaire du chien qui, paraît-il, est garanti par le certificat du vétérinaire. La défense de ce dernier n'est pas très difficile. Voici comme vont les choses ordinairement :

Le propriétaire mène son chien chez un certain nombre de vétérinaires, jusqu'à ce qu'il en trouve un qui lui donne un certificat. Alors, notre homme fait abattre l'animal suspect et la cause du délit disparaît. Le vétérinaire déclare alors que le chien qu'on lui a fait examiner n'était pas enragé et que l'enfant a dû être mordu antérieurement.

Commis par le juge, je me verrais forcé, dans ces circonstances, de déclarer dans mon rapport que le vétérinaire est responsable, qu'il a certifié que le chien n'était pas enragé alors que sa conviction ne pouvait reposer que sur une base insuffisante, et qu'il était de son devoir de demander au propriétaire du chien un délai de quelques jours pour observer l'animal.

Quelle serait alors la pénalité encourue ? Oh ! rassurez-vous, la punition serait légère, et cela pour deux raisons :

D'abord, l'enfant ne pouvant être considéré, vu son âge, que comme une charge pour les parents qui doivent l'élever, les dommages-intérêts seraient faibles.

©BIU Santé

D'un autre côté, nous n'avons pas, nous médecins, la même manière d'apprécier que les magistrats les délits de police sanitaire. Je ne veux nullement faire ici la critique de cette différence d'opinion qui a évidemment pour point de départ une éducation et un ordre d'études différents.

Pour nous, quand un individu a, par l'inobservation des règlements et ordonnances, causé la mort d'un autre homme, cet individu nous paraît coupable; nous voulons une punition, non seulement pour la répression du fait, mais encore, et surtout, pour que la peine prononcée puisse servir d'exemple.

Le juge a, de son côté, depuis longtemps appris que ce qui fait le coupable, c'est l'intention de nuire. Or, cette intention de nuire il ne la trouve pas dans les infractions aux ordonnances sanitaires; il se dit que l'homme qui comparaît devant lui est très honnête, que son casier judiciaire est immaculé, qu'il accomplit ses devoirs de citoyen et de père de famille avec les sentiments les plus parfaits, et instinctivement il cherche dans la cause toutes les circonstances atténuantes. On en arrive presque toujours ainsi à une répression illusoire.

Ici, dans les circonstances que nous avons supposées, la peine se réduirait probablement à une petite amende. Dr Ch. SCHMIT.

THÉRAPEUTIQUE

Médicaments anciens et nouveaux.

Par M. le docteur L. RAYNAUD.

L'exclusion systématique des médicaments éprouvés en faveur de remèdes en vogue, est certainement un excès très regrettable, contre lequel il est utile de réagir. Beaucoup d'anciens médicaments ont fait leurs preuves; on connaît leurs contre-indications, on sait qu'ils sont sans inconvénients; seulement, quelquefois leur préparation est défectueuse; il faudrait, avec les méthodes nouvelles, que la science a mises à notre disposition, obtenir des médicaments plus parfaits, mieux dosés et plus faciles à employer.

Le meilleur exemple à citer, dans cette voie rationnelle, est dû à un pharmacien de Paris, M. Roy, qui a tiré parti des propriétés si remarquables du quinquina, sous une forme nouvelle et excellente, en imaginant son Quinium granulé. Il s'agissait d'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.

Dans un rapport, lu à l'Académie de médecine (séance du 21 juillet 1886), M. Roy a mis en pleine évidence les faits suivants:

1° La nouvelle préparation, formée de l'extrait aqueux de quinquina uni au quinium (extrait alcoolique à la chaux), renferme, par l'extrait aqueux, tous les principes solubles dans l'eau, c'est-à-dire la partie essentiellement tonique, et, par le quinium, la totalité

des alcaloïdes solubles dans l'alcool bouillant, c'est-à-dire les éléments particulièrement fébrifuges.

2° La forme adoptée permet seule de réunir sous un petit volume, sans modification et sans perte, tous les principes utiles de cette écorce ; elle permet d'éliminer toutes les matières inertes, qui s'opposent à la facile absorption des principes actifs et qui fatiguent l'appareil digestif.

Le Quinium granulé, ainsi obtenu, représente son propre poids de poudre de bon quinquina calisaya, titrant 3 p. 100 d'alcaloïdes. Il sera donc employé aux mêmes doses que cette poudre, c'est-à-dire une à deux cuillers à café par jour comme tonique, et une à deux cuillers à bouche comme fébrifuge.

Dissous dans l'eau, il remplace avantageusement l'infusion de quinquina, et la potion à l'extrait de quinquina.

Dissous dans le vin, au moment du besoin, il donne un produit bien supérieur au vin de quinquina du Codex.

L'action du Quinium granulé, comme tonique et reconstituant de premier ordre, a été constatée par de nombreux praticiens, qui avaient un peu délaissé le quinquina, par suite des médiocres résultats obtenus avec les préparations habituelles. Les observations suivantes constatent également son action vraiment remarquable comme fébrifuge.

Un malade, soigné par M. le docteur Brillaut, était atteint de fièvre tierce depuis fort longtemps; cette fièvre récidivait sans cesse, malgré l'usage du sulfate et du bromhydrate de quinine. Sous l'influence du Quinium granulé, aidé de quelques préparations ferrugineuses, les accès de fièvre ont disparu pour ne plus revenir, depuis quatre mois, et le malade a repris son teint rosé.

M. A...., de retour de Panama, traité par M. le docteur Maffre, 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 du Quinium Roy, de concert avec l'arséniate de strychnine, ont, dans peu de jours, amené la guérison de M. A...., qui est reparti pour Panama, emportant une provision de Quinium granulé.

Dans ces observations, l'effet du Quinium Roy granulé s'explique par ces paroles de M. Soubeiran : « Il est des fièvres qui résistent au sulfate de quinine et qui cèdent au quinquina, soit qu'alors le concours des principes toniques soit nécessaire ou que peut-être l'association des deux alcaloïdes, quinine et cinchonine, puisse faire ce qui est impossible à chacun d'eux séparément. » (Leçons Soubeiran).

HYDROLOGIE MÉDICALE

Brides-les-Bains.

La station de Brides est située dans le département de la Savoie, à 5 kilomètres de Moutiers, chef-lieu d'arrondissement où le chemin de fer doit arriver très prochainement; actuellement il s'arrête à Albertville.

L'altitude est de 570 mètres au-dessus du niveau de la mer. La température moyenne a été de 16°9 centigrade pendant les cinq dernières saisons.

L'établissement est situé sur le bord d'un torrent alimenté par les glaciers de la Vanoise. Les habitations sont abritées des vents du Nord et du Midi par des montagnes couvertes de vignes et de sapins. Les promenades dans les bois sont faciles, agréables, les courses alpestres nombreuses.

M. Le Fort, dans son rapport de 1874 à l'Académie de médecine, s'exprime sur les eaux de Brides de la façon suivante : « Ce qui caractérise singulièrement ces eaux, c'est l'union officinalement inimitable des propriétés purgatives et toniques; cette double action favorise les sécrétions et les circulations du tube digestif et de ses annexes, sans débiliter, comme on le ferait avec des purgatifs salins répétés, et, au contraire, en

©BIU Santé

excitant la reconstitution par l'appétit qu'on provoque, sans altérer le sang et la nutrition, comme avec les eaux alcalines ou les carbonates sodiques. »

Les eaux de Brides contiennent, par litre, 6 gr. 1808 de différents sels purgatifs, tels que sulfates de soude, de magnésie, de chaux, et de chlorure de sodium. Elles possèdent, en outre, une quantité de fer assez notable pour leur donner la saveur styptique.

La température de l'eau à la source est, en moyenne, de 35° centigrade. Prises à petites doses, elles agissent sur la muqueuse de l'estomac, favorisent les sécrétions du suc gastrique; aussi Gubler les a-t-il recommandées dans la dyspepsie saburrale ou pituiteuse. Par les sels neutres qu'elles contiennent, elles neutralisent l'excès d'acidité du suc gastrique et font disparaître le pyrosis.

Ces eaux, par leur action sur le foie, augmentent la sécrétion de la bile; aussi sont-elles employées avec beaucoup de succès dans les cas d'hypertrophie de cet organe et dans la lithiase biliaire.

Comme elles sont diurétiques, elles favorisent l'expulsion des calculs rénaux.

A la dose de quatre à cinq verres de 200 grammes, ces eaux produisent un effet purgatif qui, amenant une hypérémie intestinale, diminue l'afflux sanguin du côté des centres nerveux.

Les eaux de Brides agissent d'une façon particulière sur les maladies résultant du ralentissement de la nutrition : le diabète, la goutte et l'obésité.

Cette dernière maladie est depuis longtemps, à Brides, l'objet d'une cure spéciale. Les résultats obtenus et publiés par moi ont prouvé qu'elles sont aussi efficaces que les sources allemandes les plus renommées. Elles ont, de plus, sur les dernières l'avantage de ne pas occasionner d'anémie à la suite du traitement.

Les malades atteints de constipation se trouvent généralement guéris par l'usage de ces eaux.

Elles sont fort utiles dans les affections de l'utérus et de ses annexes : l'aménorrhée, la dysménorrhée, la leucorrhée et les engorgements du col. Associées aux bains de Salins-Moutiers, elles donnent les meilleurs résultats dans ces corps fibreux et l'hypertrophie utérine.

L'établissement contient des piscines, salles de bains, douches de toutes espèces, étuves à air sec, bains térébenthinés.

Le voisinage des eaux de Salins-Moutiers « eaux de mer thermales », est un précieux auxiliaire. L'emploi combiné des deux eaux réussit très bien chez les sujets dont la nutrition se fait dans de mauvaises conditions, tels que les anémiques, les lymphatiques, les scrofuleux, les rachitiques.

Dr E. Philbert,
Médecin-inspecteur, lauréat médaille d'or.
Service des eaux minérales (1885).

De quelques nouvelles médications.

Traitement de la chorée par l'arsenic, par le docteur Fruhwald.

On fait un mélange de parties égales de liqueur de Fowler et d'eau distillée, et l'on injecte par gouttes dans le tissu cellulaire sous-cutané; on commence par une goutte et l'on arrive par progression journalière jusqu'à huit et dix, après quoi on ramène progressivement ce nombre à une goutte. La guérison serait presque assurée et prompte. Par exemple, il y aurait une amélioration très grande en deux semaines environ, et très souvent la guérison en quatre semaines. Le reste du traitement est purement hygiénique. (*Memorabilien* et *Gazette médicale de Montréal*, 1888, 1.)

De l'iodol, par Assaky.

Poudre jaune brunâtre, inodore quand elle est récemment préparée, se foncant à la longue. A peu près insoluble dans l'eau, se dissout dans l'alcool, l'éther, les huiles grasses, l'acide acétique cristallisable. Contiendrait de 85 à 89 p. 100 d'iode.

L'auteur a fait avec ce composé de nombreuses expériences. Les plaies opératoires que l'on saupoudre avec l'iodol se réunissent par première intention. Dans les plaies qui bourgeonnent et suppurent, il se comporte comme un excellent antiseptique. Il tarit rapidement toute sécrétion purulente. Comme il n'est pas toxique, on peut l'employer en grandes quantités sans inconvénients. Il est infiniment probable que l'iodol détruit les organismes pyogènes.

Il donne de merveilleux effets intus et extra dans les plaies de mauvaise nature à tendance ulcéreuse et transforme, au bout d'un temps variable, ces plaies en surfaces franchement bourgeonnantes. Fort commode pour le traitement des chancres indurés, il donne pour les chancres mous des résultats variables.

Pris à l'intérieur à des doses variant, par jour, de 40 centigrammes à 2 grammes, il n'amène pas de troubles fonctionnels, même quand on en continue longtemps l'usage. Il se produit une légère congestion de la muqueuse nasale et de la conjonctive, qui disparaît quand on donne des doses fortes. L'iodol ne provoque pas l'albuminurie. Au contraire, il exerce peut-être une action curative sur certains cas, à moins qu'il ne se forme des iodo-albuminates que les réactifs ordinaires ne peuvent déceler.

Assaky a obtenu de merveilleux effets à l'intérieur dans les accidents syphilitiques tertiaires et dans les scrofuloses chirurgicales. Il agit plus rapidement que les iodures alcalins.

On peut employer l'iodol sous forme de poudre, de solution alcoolique glycérinée (Mazzoni), de gaz ou de collodion iodolés (B. Schmidt), en solution éthérée (Fick), ou encore incorporé à la vaseline (A. Trousseau) ou à la lanoline (Fick).

(*Archives roumaines de médecine et de chirurgie*, novembre 1887.)

Un mélange anesthésiant a la fois très efficace et très agréable pour les opérés, par le docteur W.-J. Stephen.

Principalement quand il s'agit de petites opérations, l'auteur emploie un mélange composé de :

Chloroforme.....	
Alcool de vin.....	ää parties égales.
Eau de Cologne.....	

L'anesthésie est moins prompte à s'établir que lorsqu'on a recours aux inhalations de vapeurs d'alcool, d'éther ou du mélange (alcool 1 partie, chloroforme 7 parties, éther 3 parties), dont l'emploi est très répandu en Angleterre. Mais les opérés trouvent le procédé agréable et il offre moins de dangers.

(*British medical Journal*, 1888, 1, et *Revue de thérapeutique gén. et thermale.*)

Sur la solubilité de l'acide borique, par Mansier.

D'après Schultz, la magnésie calcinée jouit de la propriété de former avec l'acide borique un sel composé de plusieurs molécules d'acide pour une seule d'oxyde de magnésium. Pour Mansier, les solutions consistent en une dissolution de polyborate de magnésium dans l'acide borique dissous ou *vice versa*.

On verse la quantité voulue d'eau bouillante sur le mélange de magnésie et d'acide borique placé dans un vase couvert.

Soit la formule suivante :

Acide borique.....	50 grammes.
Magnésie calcinée.....	1 gr. 25 centigr.
Eau distillée.....	q. s. pour 1 litre.

En ajoutant 1 gr. 25 de magnésie par 10 grammes d'acide borique mis en plus, on peut arriver à :

Acide borique.....	120 grammes.
Magnésie calcinée.....	10 —
Eau distillée.....	q. s. pour 1 litre.

Cette solution reste limpide jusqu'à 15°. En portant la quantité de magnésie à

©BIU Santé

1 gr. 50 pour chaque portion de 10 grammes d'acide borique, il n'y a pas de précipitation jusqu'à 12°.

On peut employer ces préparations pour les lavages de la vessie et tous les pansements en général.

L'auteur rappelle que M. Guyon emploie dans son service, depuis quelques mois, une solution d'acide borique à 50 grammes par litre, maintenue à cet état de concentration à l'aide de 5 grammes de borate de soude, à la condition toutefois que la température ne soit pas inférieure à 18°. Cette solution peut donner d'excellents résultats.

(*Annales des maladies des voies génito-urinaires*, 1888, 2.)

LA TÉRÉBENTHINE DANS L'IMPÉTIGO, par SAERBS.

L'auteur recommande l'essence de térébenthine en applications locales dans l'impétigo du cuir chevelu ou de toute autre partie recouverte de poils. La préparation doit être étalée entre la peau et la racine des cheveux. Il faut ensuite faire une application de teinture d'iode; ce traitement doit être fait une ou deux fois par jour. Il détermine un peu de démangeaison, mais peu de douleurs. D'après Saerbs, ce traitement a réussi quand les autres échouaient.

(*Brit. med. Journ.* et *Nouveaux remèdes*, 1888, 1.)

TRAITEMENT DE LA PUSTULE MALIGNE ET DE L'ANTHRAX PAR LES APPLICATIONS LOCALES D'IPÉCA, par le docteur EDWIN MUSKETT.

L'auteur délaye de l'ipéca dans de l'eau jusqu'à consistance de crème et l'étale ensuite sur la lésion; en même temps, il donne la drogue à l'intérieur. Quelquefois, quelques heures avant d'appliquer l'ipéca, il pose un petit vésicatoire.

Quatre succès sur quatre cas d'anthrax graves; la lésion locale évolue comme un simple abcès.

Il a traité de la même façon plus de cinquante cas de pustule maligne et a eu des résultats constamment favorables. L'auteur admet que l'ipéca est un spécifique du charbon et de l'anthrax; les insuccès qu'il a observés dans le traitement des furoncles par son procédé prouvent la non-identité des deux maladies.

(*The Lancet*, 12 février 1888.)

P. C.

FORMULAIRE

TRAITEMENT DE LA PELADE A PLAQUES MULTIPLES. — E. Besnier.

On rase le cuir chevelu, et, lorsque les cheveux ont repris une longueur de 1 centimètre, on pratique l'épilation autour des plaques, aussi loin que l'on rencontre des cheveux peu adhérents, et dépourvus de leur gaine vitreuse. Si les surfaces malades sont très étendues, on leur applique, par fractions, un traitement irritant, qui consiste en frictions avec la teinture de cantharides, pure ou associée à un alcoolat aromatique, ou bien encore en frictions avec des liniments ammoniacaux ou chloroformés. — Après avoir renouvelé deux ou trois fois cette médication, on cesse l'épilation, la rasure et la révulsion énergique. On tond chaque semaine, aux ciseaux, les poils follets, et on pratique, chaque matin, un savonnage exact à l'eau de savon chaude, ou bien avec la décoction chaude et savonneuse de bois de Panama. On sèche la tête, puis on la frictionne avec une liqueur modérément irritante, telle que : alcoolat de Fioravanti, 100 grammes; teinture de cantharides et teinture de noix vomique de chaque, 10 à 30 grammes. — Le soir, on pratique une action sur le cuir chevelu, avec une pommade composée de : huile de bouleau blanc, 10 grammes; soufre et turbith minéral, 1 à 4 grammes; vaseline, 90 grammes. — Traitement général tonique, dont les préparations de fer et de quinquina forment la base. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

M. Pasteur et la Nouvelle-Galles-du-Sud. — Le journal anglais, *The Lancet*, du 3 mars 1888, donne la nouvelle suivante : M. Pasteur, s'étant porté compétiteur au prix de 25,000 dollars (125,000 francs) offert par le gouvernement de la Nouvelle-Galles-du-Sud (*New South Wales*) pour la destruction des lapins qui désolent ce pays, envoie, par le *Cuzco*, vapeur appartenant à la *Orient Line mail*, qui part de Naples, trois délégués porteurs d'un *approvisionnement* de « microbes du choléra des poules. » Mais, d'après les renseignements qu'on lit dans le *British med. Journ.*, de la même date, on peut craindre que l'accueil qui va être fait aux délégués de M. Pasteur ne soit pas aussi favorable qu'on pourrait le désirer. Les autorisés de la colonie pensent, comme beaucoup de bactériologistes, que la puissance d'expansion de ces petits organismes n'est pas assez connue pour qu'on soit autorisé à tenter une pareille expérimentation. M. Pasteur lui-même, dit-on, a fait plus que tout autre investigateur pour nous faire voir jusqu'à quel point leur virulence peut être modifiée par les conditions ambiantes. Il est impossible, ajoute-t-on, de dire d'avance jusqu'où peuvent aller les conséquences de l'expérience que l'on propose de faire sur une si grande échelle. Ce fait même que le microbe est capable de produire une maladie fatale chez deux animaux aussi dissemblables que la poule domestique et le lapin, est de nature à faire prévoir qu'il pourrait développer une affection pestilentielle qui frapperait d'autres espèces animales, et même l'homme ; car il ne faut pas oublier que la maladie, une fois introduite dans les garennes des lapins, échappera au contrôle humain. — Si, comme on l'a dit, la multiplication extraordinaire des lapins est un fléau, une ruine, pour la Nouvelle-Galles-du-Sud, les craintes exprimées dans les lignes ci-dessus peuvent être considérées, après les études et les expériences de M. Pasteur, comme le fait d'une prudence qui dépasse un peu les bornes. — R.

— Le docteur Karpinsky est nommé professeur extraordinaire (bandages et appareils), à l'Académie de médecine militaire de Saint-Pétersbourg.

— Le docteur Fritsch (de Breslau) est proposé en première ligne par la Faculté pour remplacer le professeur Scanzoni à Wurtzbourg.

— Le Bulletin officiel du comité impérial d'hygiène de Berlin annonce encore, pendant la semaine écoulée le 21 février, 11 cas de trichinose et 2 décès survenus dans le cercle de Konigsberg. — Ch. S.

COURRIER

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 8 et 9 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

MM. les membres du Conseil général de l'Association et de la commission administrative de la Société centrale ont l'honneur d'inviter MM. les présidents et délégués des Sociétés locales au banquet qui aura lieu le dimanche 8 avril, à sept heures précises, dans les salons de l'Hôtel Continental, rue Castiglione.

MM. les présidents et délégués de Sociétés locales sont prévenus qu'ils peuvent se réunir dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, le dimanche 8 et le lundi 9 avril, à une heure.

Ordre du jour de la séance du dimanche 8 avril 1888.

La séance est ouverte à deux heures et demie.

1° Allocution du Président ;

2° Exposé de la situation financière de l'Association générale, par M. Brun, trésorier;

3° Rapport sur cet exposé et sur la gestion financière du trésorier, par M. Richelot, membre du Conseil général;

©BIU Santé

4° Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association générale, pendant l'année 1887, par M. Riant, membre du Conseil général ;

5° Première partie du rapport de M. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888.

A sept heures précises, le banquet (Hôtel Continental).

Ordre du jour de la séance du lundi 9 avril 1888.

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. Vidal, sur les pensions viagères à accorder en 1888. Discussion et vote des propositions;

4° Election de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1889;

5° Election du secrétaire général de l'Association en remplacement de M. Foville, décédé;

6° Renouvellement partiel du Conseil général : Membres du Conseil à renouveler : MM. Riant, Marquez, Jaccoud, Bucquoy, Laennec, Bourienne, arrivés au terme de leur exercice. (Les membres du Conseil sont rééligibles);

7° Rapport fait au nom du Conseil général par M. Horteloup, sur la fixation de l'assemblée générale en 1889;

8° Rapport de M. de Ranse sur le vœu émis par la Société de la Loire et Haute-Loire en 1887;

9° Propositions et vœux soumis, par les Sociétés locales, à la prise en considération de l'Assemblée générale, pour être l'objet de rapports en 1889.

— Un concours pour la nomination à une place de pharmacien dans les hôpitaux et hospices civils de Paris, sera ouvert le lundi 9 avril 1888, 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 12 mars jusqu'au mercredi 28 mars inclusivement, de onze heures à trois heures.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Constantin James (de Paris); Blot, membre de l'Académie de médecine, et Martineau, secrétaire de l'Association générale.

Ecole de médecine de Reims. — M. le professeur Grandval est nommé secrétaire de ladite Ecole, en remplacement de M. Gentilhomme, décédé.

— M. G. Le Mesle, paléontologiste, est nommé membre de la commission chargée de poursuivre, en 1888, les études scientifiques sur le territoire de la régence de Tunis.

— La sixième conférence transformiste sera faite le jeudi 12 avril 1888, à quatre heures de l'après-midi, à la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine.

Le conférencier, M. le docteur A. Bordier, traitera des Microbes et le Transformisme.

On se procure des billets au siège de la Société.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le **Santal** est l'**anti-blennorrhagique** par excellence, à la condition d'être pur. En ordonnant le **SANTAL-CABANÈS**, MM. les médecins peuvent compter sur un médicament pur et réellement efficace. — Envoi franco d'échantillons sur demande.

Paris, pharmacie, 34, boulevard Haussmann.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. P. Bouloumié : Service de santé militaire : son recrutement et son organisation. — III. Bibliothèque : Leçons cliniques sur la pathologie de la digestion. — De l'épilepsie jacksonienne. — IV. Revue des journaux : Aprosexie d'origine nasale. — L'érytrophléïne. — — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier

BULLETIN

Congrès français de chirurgie : L'opération de Letiévant-Estlander.

La résection des côtes pour remédier aux empyèmes chroniques, opération née chez nous, où elle a végété jusqu'à ce qu'elle fût adoptée par une nation amie qui nous l'a renvoyée pleine de vie, comme l'a rappelé très à propos notre ami M. Bouilly, a maintenant acquis droit de cité dans la chirurgie française. On peut en reporter en grande partie l'honneur à M. Bouilly, qui, ayant jugé, dès l'apparition du mémoire d'Estlander, tout l'avenir réservé à cette opération, l'a étudiée avec le plus grand soin, l'a pratiquée sans se laisser arrêter par les difficultés qu'elle présente, l'a en quelque sorte acclimatée parmi nous, et en a fixé définitivement, je pense, les indications et le manuel opératoire avec la plus grande netteté.

Ces indications sont les suivantes, qu'il considère comme des conditions essentielles : Il faut tenir compte de l'âge des opérés, de l'âge des cavités, de la disposition des cavités et des fistules. On a en effet plus de chances de guérison chez les sujets jeunes et adultes que chez les vieillards, et lorsque les cavités existent depuis peu que lorsqu'elles durent depuis longtemps. Quant à la disposition des cavités et des fistules, elle a permis à M. Bouilly de les ranger en cinq catégories.

1° Très grandes cavités, formées par le thorax, d'un seul côté bien entendu, dans lesquelles le poumon, ratatiné contre la colonne vertébrale, fixé par d'épaisses fausses membranes, est réduit à rien. Dans ces cas, il ne faut pas intervenir; l'opération est inutile et trop dangereuse ; 2° grandes cavités encore, mais le poumon, quoique refoulé, a conservé un peu de murmure vésiculaire ; l'intervention est alors quelquefois utile, surtout chez les sujets jeunes, et quand la cavité ne dépasse pas la troisième côte; 3° cavités ayant de 8 à 12 centimètres de diamètre; ce sont celles qui présentent les meilleures conditions pour la guérison; 4° trajets fistuleux simples, plus ou moins longs; s'ils sont droits et courts, on se trouve dans de bonnes conditions, qui deviennent de moins en moins favorables, suivant que les trajets sont plus longs et obliques; 5° combinaison de cavités moyennes, de 5 à 6 centimètres, avec trajets fistuleux plus ou moins longs, mais directs; ce sont encore des conditions très favorables à la guérison.

Revenons sur ces points et voyons à leur sujet l'opinion des orateurs qui ont pris part à la discussion. L'âge de l'opéré a une grande importance non seulement sur le résultat immédiat, mais encore sur les résultats éloignés de l'opération. Les enfants peuvent guérir mieux que les adultes et les vieillards, parce que le poumon a plus de force d'expansion et les côtes

©BIU Santé

plus de chances de reproduction. Mais M. Ollier a signalé à ce propos deux dangers : si l'on résèque la partie antérieure des côtes trop près de leur extrémité, on s'oppose à leur développement ultérieur et il se produit alors des déformations énormes du thorax; celles-ci peuvent amener des déviations de la colonne vertébrale, que MM. Bœckel et Delorme disent n'avoir pas encore constatées, malgré l'étendue de leurs résections. M. Thiriar conseille cependant de pratiquer, comme il l'a fait, la résection très loin du poumon, c'est-à-dire à la partie antérieure du thorax, allant même parfois de la partie postérieure au cartilage. D'autre part, il faut dans la résection ne pas conserver le périoste, à cause de la trop grande disposition ostéogénique qui existe chez les enfants, et qui, probablement par suite de l'irritation excessive causée par l'inflammation chronique du thorax, produit des hyperostoses plus ou moins volumineuses, des plaques osseuses plus ou moins étendues qui ont nécessité des résections secondaires. MM. Levrat (de Lyon) et Ehrmann (de Mulhouse) ont aussi constaté ces productions osseuses exagérées chez les enfants. Si donc on pratique pendant l'opération la résection sous-périostée, qui à la vérité est plus facile que la résection de la côte avec son périoste, il faut ensuite enlever le périoste laissé dans la paroi thoracique.

L'état général de l'opéré a aussi une grande importance; M. J. Beckel signale comme contre-indications formelles la phthisie pulmonaire confirmée, les affections cardiaques graves, et l'albuminurie, qui ont causé la mort chez trois de ses opérés. La phthisie menaçante n'est pas une contre-indication; elle peut permettre une survie de plusieurs années après l'opération. M. Berger dit que, chez les cachectiques, il faut s'abstenir des grandes opérations, se borner à pratiquer des opérations minimes et successives, voir ce qu'elles donnent avant d'aller plus loin.

La grande étendue des cavernes est considérée comme une contre-indication par tout le monde. M. Le Fort en accuse le drainage prolongé pratiqué avant la résection, et qui permet au poumon de se rétracter de plus en plus. Mais ce n'est pas la seule cause d'insuccès et de récidive à la suite de l'opération de Letiévant-Estlander. M. Bouilly signale encore l'état de la paroi pleurale : si elle est dure et épaisse, il faut la réséquer, mais c'est une condition meilleure que si elle était molle et tomenteuse, ce qui indique une déchéance organique du sujet; — M. Delorme, les noyaux tuberculeux infiltrés dans la paroi, et qui échappent au grattage, au raclage, les diverticules plus ou moins nombreux qui forment des cavités secondaires sous le diaphragme, entre les lobes du poumon, etc.; — M. Kirmisson, le siège élevé de la cavité ou de l'extrémité du trajet fistuleux, au sommet du poumon, comme dans une observation qu'il a suivie avec persévérance depuis plusieurs années, et où il a opéré plusieurs avec un succès malheureusement temporaire; M. Thiriar, la pénétration des drains dans la cavité pleurale, comme dans deux cas dans lesquels des récidives successives après plusieurs opérations, sans explication admissible, étaient dues au séjour d'un tube de caoutchouc, long de 42 centimètres dans un cas.

La méthode opératoire consiste actuellement à faire une incision verticale, autant que possible suivant le grand diamètre de la cavité et suivant la direction du trajet fistuleux, et à enlever largement les fragments de côte; il faut, bien entendu, se guider sur les dimensions de la cavité, mais il vaut mieux, comme le disait M. Thiriar, « enlever deux côtes de trop,

qu'une de pas assez ». MM. J. Bœckel et Bouilly ont, en particulier, insisté sur ce point, car ils attribuent les insuccès qu'ils ont remportés dans leurs premières observations à la timidité avec laquelle ils ont pratiqué leurs résections costales. Il faut toutefois faire remarquer que, si l'on peut avec avantage prolonger la résection sur les côtes inférieures, il n'en est pas de même pour les côtes supérieures, qui cèdent moins après leur section, et celle-ci est particulièrement dangereuse et inutile lorsqu'il s'agit de la première côte (Bouilly, Kirmisson). Les résections de la partie moyenne sont encore très dangereuses pour un autre motif. M. Berger a cité un cas dans lequel le malade, dont le poumon droit était sain et le gauche complètement étouffé par les fausses membranes, est mort de dyspnée croissante quatre heures après l'opération, dans laquelle on avait enlevé des fragments des septième, huitième et neuvième côtes; l'auteur attribue cette catastrophe aux perturbations profondes apportées par cette résection aux fonctions mécaniques du thorax, à cause du point d'appui que ces côtes fournissent au centre phrénique.

Malgré leur étendue, les résections costales ne suffiraient pas toujours à combler les cavités; d'après M. Delorme, les plus étendues ne pourraient combler une cavité de plus de 4 centimètres de profondeur; il faut alors, pour augmenter l'effet de l'affaissement de la paroi osseuse, inciser la plèvre verticalement, et même refouler un lambeau cutané après la section verticale. M. Thiriar préconise le refoulement à l'aide d'une bande élastique.

L'opération doit comprendre, d'après M. Bouilly, le raclage aussi complet que possible de la paroi, qu'il touche ensuite avec une solution de chlorure de zinc au 10e. La désinfection du foyer est, en effet, une condition nécessaire au succès. M. Vieusse a cité un cas dans lequel l'opéré est mort de septicémie suraiguë quarante-huit heures après l'opération, par désinfection imparfaite de la cavité, et M. Bouilly a eu un insuccès du même genre au début de sa pratique. Cependant les lavages à grandes injections ne sont pas admis par tout le monde; M. Thiriar ne les pratique pas, et M. Le Fort attribue aux injections pleurales une syncope très grave survenue chez un de ses malades qui a conservé depuis une paralysie des deux membres supérieurs et d'un membre inférieur.

L'hémorrhagie opératoire est assez considérable pendant la formation du lambeau cutané, d'après M. Kirmisson; quant à l'incision de la plèvre, enflammée en général depuis longtemps, elle donne peu de sang, dit M. Delorme, si l'on a soin de prendre les artères intercostales entre deux pinces; quand on enlève celles-ci après l'opération, l'hémostase est déjà complète.

Les guérisons définitives, si rares au moment où la question a été discutée devant la Société de chirurgie il y a deux ans environ, sont devenues fréquentes, et montrent combien les progrès de l'opération ont été rapides. M. Thiriar a eu 10 guérisons définitives sur 13 opérés; M. Bœckel, 6 sur 12; M. Vieusse, 2 sur 3; M. Delorme, 2 sur 4; M. Bouilly, 8 sur 13; M. Fauvel père (du Havre) a présenté au Congrès une opérée très bien guérie, comme les deux sujets présentés par M. Delorme; et M. le professeur Duret (de Lille) a rapporté un très beau cas de guérison survenue chez un enfant de 4 ans auquel il avait réséqué cinq côtes dans l'étendue de 10 à 14 centimètres.

Il ne faut pas, comme l'ont très bien dit la plupart des orateurs, s'at-

©BIU Santé

tendre à obtenir la guérison du premier coup; il ne faut même pas toujours la chercher, comme l'a fait remarquer M. Berger; il faut faire pour le mieux dès la première intervention, qui diminue toujours l'étendue des cavités, et plus tard poursuivre la guérison par des opérations successives. C'est ce qu'on fait MM. Thiriar, Bœckel, Delorme, Bouilly et Kirmisson. Mais lorsque la cavité est très étendue, le poumon maintenu depuis longtemps contre le rachis par des fausses membranes, lorsque les fistules remontent au sommet du poumon, les récidives ou l'insuccès sont presque de règle. Néanmoins, maintenant que les indications sont mieux posées, grâce à l'expérience acquise, les chirurgiens semblent autorisés à les étendre, à intervenir de meilleure heure, alors que l'état de la poitrine n'est pas encore trop mauvais, et à pratiquer de plus grandes résections que dans les premiers temps de l'opération.

Telles sont les conclusions qui nous paraissent découler de cette série d'intéressantes communications, et qui, avec celles qui étaient relatives à la cure radicale des hernies, et bien d'autres, dont nous parlerons plus tard, nous permettent de croire que la chirurgie française ne marche pas trop à la remorque des chirurgies étrangères. — L.-H. Petit.

Service de santé militaire: son recrutement et son organisation,

Par le docteur P. Bouloumié (1).

Médecins de la réserve et de l'armée territoriale. — La loi de 1878 impose le service militaire pendant vingt ans, de 20 à 40 ans, à tout citoyen français non exempté, et l'incapacité physique est le seul motif d'*exemption*. Neuf ans de service sont faits dans l'armée active et sa réserve, onze ans dans l'armée territoriale et sa réserve. Parmi les cas de *dispense* de service figure le volontariat d'un an, dont les étudiants en médecine sont appelés à bénéficier aux conditions suivantes :

Tout d'abord les étudiants en médecine pouvaient faire leur temps de volontariat dans n'importe quel corps de troupe; la plupart ont alors demandé à servir dans les sections d'infirmiers. Depuis le 12 octobre 1886, il a été prescrit que les étudiants en médecine feraient leur année de service dans les divers corps de troupe, à l'exclusion des sections d'infirmiers. (Cette prescription avait pour but d'éviter la diminution de l'effectif des sections d'infirmiers qui se produirait lors d'une mobilisation, par le fait du passage successif dans le corps de santé des docteurs, des officiers de santé et de la plupart des étudiants en médecine, au fur et à mesure de l'obtention par eux des diplômes de docteur ou d'officier de santé.) Mais il a été admis en même temps que les étudiants en médecine volontaires d'un an inscrits dans les corps de troupe ne seraient pas armés, qu'ils feraient un service d'hôpital ou d'infirmerie, et qu'ils pourraient remplir les fonctions de médecins auxiliaires; ils remplissent, en effet, ces fonctions dans certains hôpitaux où ils assurent le service de garde, et dans les régiments où ils sont employés comme médecins lors des tirs à la cible, par exemple; ils ont même été employés, à raison d'un par compagnie, dans les bataillons alpins pendant les manœuvres de 1887, et ils ont rendu des services très réels. Des inconvénients, sérieux parfois, de cette organisation résultent néanmoins de ce fait qu'étant simples soldats, ces jeunes gens n'ont d'autre autorité que celle que leur donne leur instruction plus ou moins équitablement appréciée, et la situation privilégiée qui leur est faite, et de ce que, d'autre part, ils sont parfois en butte à la jalousie de leurs camarades portant le fusil.

L'incorporation des étudiants en médecine dans les régiments aux conditions que je

(1) Suite. — Voir les numéros des 1er, 22 décembre 1887, 9 et 11 février 1888.

viens de rappeler est passible des mêmes objections que l'incorporation dans les sections d'infirmiers; elle fait, en effet, figurer dans les effectifs régimentaires en temps de paix des hommes qui n'y seraient pas employés en cas de guerre; aussi le commandement serait-il logique en demandant la suppression de cette mesure et le retour au système antérieur. C'est ainsi que, dans la note ministérielle du 11 décembre 1887 réorganisant le recrutement des infirmiers, il est stipulé que les étudiants en médecine pourront être incorporés dans ces sections. Il n'est pas question, il est vrai, des engagés conditionnels, mais bien des hommes de la classe.

Je n'admettrais, pour ma part, ni l'un ni l'autre de ces moyens termes qui vont contre l'esprit de la loi et qui ne résolvent pas la question d'une manière utile, soit pour l'armée, soit pour le médecin.

Le principe du service personnel obligatoire étant admis, nul ne doit être soustrait à celui-ci; il faut seulement que chacun serve dans les conditions qui peuvent être les plus utiles au pays. Au point de vue de la discipline et de la connaissance de la vie militaire, également nécessaires au médecin qui peut être appelé à servir comme médecin de réserve ou de l'armée territoriale, la solution qui me paraîtrait la meilleure serait celle qui a été adoptée en Allemagne et que M. L. Le Fort a préconisée : six mois de service dans le rang, qui pourraient être faits entre le moment de la réception au baccalauréat et le début des études médicales; puis, les études médicales terminées, six mois de service comme médecin. J'ajouterai cependant qu'en cas de guerre, les étudiants en médecine ayant plus de quatre inscriptions devraient être appelés à servir comme infirmiers, en cas d'engagement volontaire ou d'obligation de servir en raison de leur âge.

La loi votée par la Chambre et adoptée par la commission du Sénat abolit le volontariat, mais permet aux étudiants en médecine, si nous sommes bien renseigné, comme à d'autres catégories d'étudiants, de ne faire qu'un an de service lorsqu'ils auront douze inscriptions ou seront docteurs. A cet effet, quatre sursis successifs peuvent leur être accordés. Les étudiants à douze inscriptions servent comme infirmiers et devront être reçus docteurs dans un délai de trois ans, faute de quoi ils sont astreints à faire trois années de service prescrites par la loi. Les docteurs serviraient comme médecins auxiliaires (adjudants). Il serait à désirer, dans l'intérêt de l'armée comme dans celui des médecins, que les dispositions actuelles fussent modifiées dans le sens que je viens d'indiquer, et que les propositions du Sénat, conformes à celles que la Chambre des députés a adoptées sur la proposition de M. le docteur Legludic (un ancien médecin militaire), devinssent la loi.

Le décret du 5 janvier 1883 a créé le titre et le grade de médecin auxiliaire pour être donnés à des étudiants en médecine ayant au moins douze inscriptions, et aux officiers de santé devant servir dans la réserve et l'armée territoriale, à la condition de subir avec succès les épreuves d'un examen spécial. La loi va sans doute admettre cet emploi dès le temps de paix. La situation militaire correspondant à ce titre est celle des adjudants. C'est là évidemment un privilège, mais un privilège qui ne me paraît pas justifié, et qui, s'il était justifié, serait insuffisant. Je dis qu'il n'est pas justifié, parce qu'il s'adresse à ceux qui ont passé le plus vite, mais non le mieux, leurs examens et parce qu'il ne peut s'appliquer aux anciens internes, ceux-ci n'ayant pu se faire recevoir docteurs avant les quatre années d'internat, qu'ils se sont engagés à faire lors de leur admission, et n'arrivant pas par conséquent au doctorat avant l'âge de 25 à 26 ans.

Je dis, en outre, que le privilège accordé aux médecins serait insuffisant s'il était justifié, parce qu'à mon sens il ne saurait y avoir dans l'armée de docteurs en médecine classés comme médecins, n'ayant pas rang d'officier.

En *temps de guerre*, l'étudiant en médecine ayant douze inscriptions et au delà, et l'officier de santé employés l'un et l'autre comme *médecins auxiliaires*, sont adjoints à un médecin-major de 2e classe ou aide-major de 1re classe d'un bataillon ou d'une formation sanitaire de campagne. Le service des régiments pourra ainsi être convenablement pourvu, alors que j'ai souvenance qu'en 1870 nous n'étions que deux pour les trois bataillons d'un régiment.

Les docteurs en médecine doivent, d'après la loi, pour obtenir le grade d'aide-major

©BIU Santé

de 2e classe dans les cadres de la réserve, passer un examen spécial lorsqu'ils n'ont pas passé déjà l'examen pour médecin auxiliaire. Ne sont admis, en effet, parmi les médecins et pharmaciens de la réserve que :

1° Les officiers du corps de santé retraités après trente ans de service et qui en font la demande, ainsi que les officiers du corps de santé retraités après vingt-cinq ans de service; ces derniers jusqu'à ce qu'ils aient accompli leurs trente ans de service.

2° Les officiers du corps de santé démissionnaires ayant accompli leur engagement d'honneur de servir dix ans à dater de leur nomination au grade d'aide-major de 2e classe, et qui en raison de leur âge sont encore astreints au service militaire, et les officiers du corps de santé démissionnaires qui, ayant dépassé 40 ans, demandent à rester dans la réserve.

3° Les jeunes gens appartenant à la disponibilité ou à la réserve de l'armée active et pourvus du diplôme de docteur ou de pharmacien de 2e classe, qui ont subi avec succès l'examen déterminé par le ministre.

En cas d'appel ou de mobilisation, la situation des médecins de la réserve et de l'armée territoriale est la même que celle des médecins de même grade de l'armée active.

Les règles qui déterminent la promotion sont les mêmes pour les médecins que pour les autres officiers de la réserve; les médecins de la réserve ne peuvent arriver qu'au grade de médecin-major de 2e classe lorsqu'ils n'ont pas servi dans l'armée active (art. 40 du décret du 13 mars 1875), de même que les officiers de la réserve qui n'auront pas servi dans l'armée active ne pourront être nommés, sauf en campagne, à un grade plus élevé que celui de capitaine (art. 274 et 281 du projet de loi militaire soumis aux Chambres par le général Boulanger).

Il en est de même pour l'avancement dans l'armée territoriale, avec cette exception cependant, inscrite dans le décret du 2 mai 1887, modifiant les art. 4 et 5 du décret du 10 janvier 1884, en faveur des médecins et pharmaciens désignés par leur situation scientifique; c'est qu'à la condition d'avoir été nommés d'abord médecins aides-majors de 2e classe, grade qui marque l'entrée dans le corps de santé, les professeurs titulaires des Facultés de médecine, des Facultés mixtes et des Ecoles supérieures de pharmacie, peuvent être nommés d'emblée médecins-majors de 2e classe dans la réserve et médecins-majors de 1re classe dans l'armée territoriale; les agrégés, les médecins des hôpitaux nommés au concours, les chefs de clinique pourront être, dans les mêmes conditions, nommés d'emblée médecins-majors de 2e classe dans la réserve ou l'armée territoriale. De plus, aux termes de l'amendement de M. le docteur Legludic à la nouvelle loi militaire, les professeurs pourront être nommés médecins principaux de 2e classe (grade de lieutenant-colonel).

J'ajouterai que les lois et décrets (31 juillet 1881 et 2 mars 1887) n'assignent pas de limite à l'avancement dans l'armée territoriale. La situation des médecins civils appelés à prendre rang dans l'armée en cas de mobilisation ne serait donc pas aussi inférieure et subalterne que le disait M. L. Le Fort; elle serait généralement proportionnelle à l'âge, à l'ancienneté de service et surtout aux titres de chacun.

Il y a pourtant mieux à faire encore, nous y reviendrons.

Le médecin de la réserve appelé par son âge à passer dans l'armée territoriale y passe de droit et y est inscrit d'office, à moins qu'il n'ait spécialement demandé son maintien dans la réserve.

Il n'y a pas, du reste, de distinction absolue et nettement tracée entre les médecins de la réserve de l'armée active et ceux de l'armée territoriale; le grade et les aptitudes spéciales détermineront leur emploi, et il y aura ou il pourra y avoir des hôpitaux de campagne dirigés par des médecins de la réserve ou de l'armée territoriale indistinctement; mais, bien que le paragraphe 2 de l'article 7 du décret du 25 août 1884 les désigne les uns et les autres comme faisant partie des formations sanitaires aussi bien de l'avant que de l'arrière, c'est spécialement, nous le supposons du moins, pour le service des régiments et des ambulances que seront désignés les médecins de la réserve, et pour le service des hôpitaux de campagne et du territoire que seront désignés les médecins de l'armée territoriale. Partout ils seront, autant que possible, encadrés par

les médecins militaires du service actif, à qui reviennent la direction générale et, à grade égal, le rôle de chef de service.

Cette organisation gagnerait à être plus exactement réglée par des décrets ou règlements portés à la connaissance des intéressés; certaines appréhensions, bien légitimes d'ailleurs, sur la situation faite aux médecins en cas de mobilisation se trouveraient ainsi calmées. Il serait bon, de plus, que les conditions d'avancement fussent bien établies et bien connues de tous, et qu'elles eussent pour base des examens et des stages prouvant l'aptitude des candidats au grade supérieur et leur conférant les titres nécessaires à l'avancement auquel ils aspirent. Il faudrait faire savoir aux étudiants en médecine ayant plus de douze inscriptions, et aux jeunes docteurs désirant arriver rapidement au grade de médecin aide-major de 1re classe, que les cours du Val-de-Grâce leur sont ouverts sur une simple autorisation du directeur, puis autoriser les médecins de la réserve et de l'armée territoriale à subir, concurremment avec les médecins militaires de la carrière, les concours du majorat et du principalat dont j'ai parlé, et obliger les candidats au grade supérieur à faire un stage régimentaire ou hospitalier les initiant au service dont ils seraient chargés en temps de guerre.

De cette manière tomberaient bien des critiques dirigées, à tort le plus souvent, contre les médecins militaires, s'établiraient des relations qui donneraient au corps de santé mobilisé plus de cohésion et se formerait une réserve de médecins militaires suffisamment instruits de leurs devoirs militaires pour qu'ils puissent être appelés, en cas de guerre, à toutes les fonctions autres que la direction.

La réglementation que je réclame serait d'ailleurs d'autant plus utile qu'un projet de loi déposé récemment par le général Logerot, ministre de la guerre, sur le bureau de la Chambre, demande que les excédents des cadres de l'armée territoriale, aussi bien que de la réserve, puissent être affectés, suivant les besoins, au service de l'armée active ou de sa réserve. L'adoption de ce projet donnerait, en effet, toute liberté à la direction du service de santé pour attacher les médecins de la réserve ou de la territoriale indifféremment aux postes qui lui paraîtront le plus en rapport avec leurs aptitudes, sans qu'il y ait à tenir compte de leur situation de réservistes ou de territoriaux.

Quant aux professeurs de Faculté, aux médecins et chirurgiens des hôpitaux de grandes villes nommés aux concours, aux médecins et chirurgiens éminents dont la valeur *scientifique et pratique* est sanctionnée par le titre de membre de l'Académie de médecine, par exemple, il faudrait, s'ils veulent servir, bien qu'ayant dépassé 40 ans, qu'ils fussent placés hors cadres et attachés aux états-majors d'armée, de corps d'armée ou même de division (les professeurs agrégés pourraient trouver place dans cette dernière situation). S'ils ne sont pas passés par les divers grades, ils pourraient être d'emblée assimilés pour le rang et la solde au médecin directeur du service de santé d'armée, de corps d'armée ou de division; mais, la direction du service médical, incombant, avec la responsabilité vis-à-vis du commandement et l'autorité militaire réelle, aux médecins de la carrière, c'est à ceux-ci que doit toujours revenir la suprématie.

Chacun devant être employé suivant ses aptitudes dans l'intérêt supérieur du pays, et chacun devant être honoré suivant ses mérites, sans que pour cela l'harmonie d'un grand et très important service puisse en être troublée, une décision qui conférerait aux professeurs, aux grands médecins et chirurgiens des hôpitaux, aux membres de l'Académie de médecine les titres et la situation que j'indique, constituerait une sage mesure. Elle laisserait aux médecins militaires de la carrière la direction des services qui leur reviennent de droit, et elle assurerait aux médecins le plus justement honorés dans la carrière civile des situations très honorables, en même temps qu'elle fournirait à l'armée des consultants et des opérateurs de premier ordre. Cette solution, qui se rapproche beaucoup de celle qu'adopte M. L. Le Fort, et qui est à peu près celle à laquelle on s'est arrêté dans les armées allemandes, tout récemment dans l'armée autrichienne, en créant dans l'une et l'autre des médecins et chirurgiens consultants, me paraît devoir être adoptée pour l'armée française. (*A suivre.*)

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

LEÇONS CLINIQUES SUR LA PATHOLOGIE DE LA DIGESTION, par le docteur C.-A. EWALD. — 2e édition (1886) traduite par les docteurs J. DAGONET et SCHUMAN-LECLERCQ. — Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1888.

Le nom et les travaux d'Ewald sont déjà depuis longtemps connus en France, aussi la traduction de l'œuvre principale du médecin viennois ne peut-elle manquer d'être bien accueillie par les lecteurs.

L'ouvrage débute par une étude savante, très savante même, sur les ferments, les uns figurés, les autres solubles, distinction qu'il convient de conserver actuellement, d'autant plus que l'on peut établir que toutes les fermentations purement physiologiques, chez l'animal, sont dues à des ferments solubles, et toutes les fermentations pathologiques à des ferments figurés.

Dans les troisième et quatrième leçons, Ewald étudie les différentes espèces de salive et la mastication, et expose naturellement avec détails les travaux de Heidenhain. Nous recommandons, dans le chapitre V, un bon exposé des bruits de la déglutition. On voit qu'on peut percevoir, par l'auscultation, deux bruits distincts au voisinage du cardia, surtout au niveau de l'angle costal.

Le premier, dit bruit de jet, est rarement entendu ; le deuxième bruit, typique, est caractérisé par un gargouillement, une sorte de glouglou. Il n'est produit ni par les vibrations des fibres circulaires du cardia, ni par le passage des liquides, mais dépend du *passage de l'air*.

L'exposé de la physiologie de l'estomac forme naturellement la plus grande partie de l'ouvrage. Ewald admet que c'est l'acide chlorhydrique qui est la cause de l'acidité du suc gastrique ; dans le contenu frais de l'organe, on trouve aussi de l'acide lactique, mais il vient de la fermentation normale des hydrates de carbone avalés, ou bien il est introduit avec des aliments où il existait déjà. Pour établir la nature de l'acide, il faut de toute nécessité recourir à plusieurs réactions qui se complètent l'une l'autre.

Dans la sixième leçon se trouve l'étude très complète de la pepsine, du ferment pep tique et des peptones. Notons, en passant, que l'amertume si intense des matières vomies que l'on attribuait ordinairement à la présence de la bile, doit être due aux peptones.

De même que Virchow et Pavy, Ewald, à la suite d'expériences bien conduites, admet que l'ulcère simple produit par auto-digestion, ne se développe que dans les régions où la circulation est troublée, où la nutrition de la muqueuse est altérée.

Les chapitres suivants traitent de la bile, du pancréas et de ses maladies (dans le diabète, Ewald l'a trouvé plus souvent normal qu'atrophié), de l'intestin et de ses glandes.

Pour le médecin de Berlin, la résorption est due en première ligne à des affinités chimiques ; elle est liée à la vie de la cellule, qui se modifie et s'use dans cette fonction.

L'auteur termine la première partie de son ouvrage par l'exposé de sa méthode pour l'examen du chyme. Elle consiste essentiellement, comme on le voit, à pratiquer cet examen toujours au même moment de la digestion et après une alimentation identique, composée d'environ 60 grammes de pain blanc et d'une tasse de thé sans sucre ni lait.

Présenté au public, ce qui ne gâte rien, par une savante préface de M. Quinquaud. l'ouvrage d'Ewald fera certainement époque dans les travaux consacrés à la pathologie du tube digestif. — P. C.

DE L'ÉPILEPSIE JACKSONIENNE, par le docteur E. ROLLAND.
Paris, bureaux du *Progrès médical*, et A. Delahaye et E. Lecrosnier, 1888.

Ce mémoire intéressant est le premier travail scientifique qui émane des asiles John Bost, dont le premier fut fondé à Laforce (Dordogne) en 1818. Aujourd'hui il en existe 6 comptant 330 pensionnaires, dont 150 épileptiques.

Les principales conclusions de l'auteur sont les suivantes : L'épilepsie jacksonienne, qui n'a absolument rien de commun avec l'épilepsie que le nom, est presque toujours symptomatique d'une lésion cérébrale. Cette lésion siège le plus souvent dans la zone psycho-motrice de l'écorce ou à son voisinage.

La nature de la lésion est secondaire et n'influe en rien sur la production des symptômes; son siège est tout.

Le début des convulsions épileptiformes permet de localiser à peu près sûrement le siège de la lésion, sinon sa nature. Les lésions irritatives ou convulsivants produisent des effets plus ou moins variables, mobiles et intermittents; en particulier des paralysies transitoires post-épileptoïdes qui ne sont que d'une utilité secondaire au point de vue du diagnostic. Leur existence prouve seulement que la lésion siège à la partie superficielle de la zone motrice. Les lésions destructives et paralysantes produisent, au contraire, des effets certains, constants et permanents qui ont un rapport direct avec la distribution des symptômes paralytiques qu'elles provoquent.

Les lésions capables de déterminer l'épilepsie jacksonienne ne siègent donc pas nécessairement au niveau des centres moteurs correspondant aux muscles exclusivement ou primitivement convulsés. L'on peut cependant établir, en thèse générale, que les convulsions épileptiformes débutant par les muscles des membres sont produites par des lésions situées au niveau des deux tiers supérieurs de la zone motrice, ou dans leur voisinage; les convulsions débutant par les muscles de la face sont ordinairement le résultat de lésions occupant le tiers inférieur de la zone motrice ou les parties avoisinant cette extrémité inférieure. La coexistence ou l'absence de troubles paralytiques permanents indique si la lésion siège ou non dans l'aire des circonvolutions motrices.

Le traitement est le plus souvent inefficace, sauf pour l'épilepsie d'origine syphilitique et pour la traumatique. Cependant lorsque le début des convulsions sera absolument bien déterminé, le traitement chirurgical par la trépanation institué par M. V. Horsley pourra rendre les plus grands services. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ALLEMANDS.

Aprosexie d'origine nasale. (*Wien. med. Blætt.*, 1887, n° 50.) — L'aprosexie (c'est-à-dire l'incapacité d'appliquer son esprit), signalée par Bastian comme un des effets du surmenage, reconnaîtrait la plupart du temps pour point de départ, d'après le docteur Guye (d'Amsterdam), une gêne de la respiration nasale due à une cause quelconque : tumeurs adénoïdes du pharynx, polypes nasaux, etc. L'auteur cite, entre autres, le cas d'un garçon de 7 ans, qui dans toute l'année n'avait pu apprendre que trois lettres, et qui, après une seule opération concernant des tumeurs adénoïdes, apprit tout l'alphabet en une seule semaine. D'autres enfants, des élèves de lycée et des étudiants, éprouvant à chaque effort d'application un mal de tête et une sorte de vertige, en arrivent à relire jusqu'à dix fois une même phrase sans en retenir le sens, en dehors de toute préoccupation coïncidente ou de tout surmenage préalable, indépendamment de toute étourderie proprement dite.

Le docteur Guye rattache ce phénomène à la compression que subissent dans la muqueuse nasale les vaisseaux d'Axel Key et de Retzius qui, suivant les filets du nerf olfactif, établissent une relation entre les espaces lymphatiques situés au-dessous de la dure-mère et la muqueuse en question, et il pense que cette gêne de l'écoulement lymphatique détermine dans l'encéphale des symptômes d'épuisement par rétention identiques à ceux de l'épuisement par surmenage.

Répondant au docteur Feller, qui a signalé l'existence d'un trouble analogue, à l'époque de la puberté, sans altération nasale ou auriculaire, le docteur Guye affirme avoir constaté dans chacun de ses cas une anomalie de l'appareil nasal; dans un cas où existait en même temps une lésion auriculaire, c'est immédiatement à la suite du traitement de l'affection nasopharyngienne que s'est produite l'amélioration. L'auteur con-

©BIU Santé

clut en recommandant l'examen du mode respiratoire chez tous les sujets disposés à l'aprosexie.

L'érytrophléïne. (*Berl. klin. Woch.*, 1888, 7.) — Injecté à la dose de 0,005 milligr., à l'aide d'une seringue de Pravaz, le chlorhydrate d'érytrophléïne, que Lewin a isolé du poison désigné par les sauvages sous le nom d'Haya, lui a permis d'ouvrir au bout de vingt minutes la peau, les muscles et le péritoine d'un cobaye, puis de refermer la plaie sans que l'animal ait manifesté la moindre douleur. La même dose injectée à un chien sous la peau de la jambe a permis de sectionner les muscles et d'irriter la plaie produite sans provoquer davantage de douleur. Chez ce même chien, l'instillation d'une solution à 0,05 p. 100 produisit une anesthésie de la conjonctive et de la cornée qui permit de toucher l'organe sans provoquer aucun réflexe. L'expérience, faite déjà une fois chez l'homme à l'occasion d'un corps étranger à extraire de l'œil, a également bien réussi.

Mais il faut employer une solution parfaitement pure, qui ne soit pas rendue opalescente par la présence d'un acide libre. Les préparations, vendues jusqu'ici uniquement chez Merck, à Darmstadt, ont été sans doute épuisées très vite après en avoir fait doubler le prix. C'est à l'usage de quelque préparation impure que Lewin attribue la dilatation pupillaire signalée par quelques expérimentateurs, contrairement à toutes ses observations personnelles. — Dr G. Schlemmer.

THÈSES SOUTENUES DEVANT LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1887-1888.

Le Gac : Etude sur la tuberculose rénale primitive. — Pungier : L'établissement national d'Indret (étude d'hygiène et de pathologie professionnelles). — Chauvet : Etude sur les flèches empoisonnées de l'Indo-Chine. — Soulié : Du rôle de la lanoline dans l'absorption cutanée. — Barrat : De la polyopie monoculaire. — Vallot : Considérations sur les contusions cérébrales et leur mode de production. — Kérébel : Contribution à l'étude des pneumonies au cours de certaines constitutions médicales saisonnières. — Melon : Traitement de l'hématocèle péri-utérine, par l'incision vaginale. — Gorron : Des fistules branchiales (étude embryologique et pathologique). — Audiat : Contribution à l'étude du pseudo-lipome sus-claviculaire. — Bonain : De la virulence primitive ou non du bubon chancrelleux. — Garnier : Contribution à la géographie médicale (Souvenirs médicaux du poste de Sédhiou (Casamance).

FORMULAIRE

Pommade contre le lupus. — White.

Bichlorure de mercure....de	0 gr. 06 centigr. à 0 gr. 12 centigr.
Axonge.....	31 grammes.

F. s. a. une pommade conseillée contre le lupus vulgaris. — Deux onctions par jour. Dans le cas de surfaces ulcérées, on se sert d'une solution préparée avec la même quantité de bichlorure dans 31 grammes d'eau distillée. — L'auteur ne croit pas devoir recommander de préparations plus énergiques, de crainte de produire des accidents d'intoxication mercurielle. — Il a également expérimenté l'acide salicylique en solution dans l'huile de ricin, à la dose de 2 à 4 grammes pour cent, et tout en croyant à l'efficacité de cette préparation, il n'en a pas fait un usage assez prolongé pour donner encore de conclusions précises. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Sont nommés privat docent : Le docteur Peicher (bactériologie) à la Faculté de médecine de Kiel; le docteur Michelsohn à la Faculté de Konigsberg; le docteur Suchanneck à l'Université de Zurich.

Décès causés par la rage en Angleterre. — D'après un discours de Ritchie, prononcé au parlement anglais le 16 février dernier, le nombre des décès causés par la rage s'est élevé annuellement à 40 pendant les dix dernières années. Cette moyenne est de 7 pour Londres pendant la même période (de 1878 à 1887). Le maximum des décès s'est produit en 1885 : 60 pour l'Angleterre dont 27 pour la capitale. Ce minimum a été observé l'année dernière, où on n'a constaté à Londres que 2 décès par hydrophobie.

— Une forte épidémie de méningite cérébro-spinale a sévi au Japon (province de Hiroshima) pendant l'année 1887.

— Le prochain Congrès contre l'abus des boissons alcooliques aura lieu à Christiania en 1889.

— Le 11e Congrès de la Société anatomique se tiendra à Wurtzbourg les 21, 22 et 23 mai. Les docteurs His et Kollmann ont fait connaître qu'ils prendraient la parole pour d'intéressantes communications. — Parmi les autres communications déjà annoncées citons : La situation des organes dans le bassin de la femme (Bardeleben), Gegenbaur, etc.

— Le professeur Cantani (*Deutsche med. Wochenschrift* 8 mars) a découvert une nouvelle forme de pneumonie infectieuse. Dans ses observations, la maladie a débuté par une bronchite généralisée dégénérant bientôt en broncho-pneumonie avec fièvre à type rémittent, amaigrissement rapide et développement énorme de la rate. L'affection, primitivement bronchique, était contagieuse. Des bronches elle s'étend aux poumons souvent, à la plèvre, à la trachée au larynx et au pharynx. L'examen des parties lésées permit de découvrir un grand nombre de diplococcl et de streptococci semblables à ceux de l'érysipèle. Mais l'injection sous cutanée de culture pure ne reproduisit pas cette maladie. Injectées sous la peau de l'oreille d'un lapin, ces cultures ne déterminèrent que du gonflement et de la rougeur. — Ch. S.

COURRIER

Faculté des sciences de Paris. — Les conférences sur des sujets indiqués par MM. les professeurs, et que les étudiants ne sont admis à suivre qu'après s'être fait inscrire au secrétariat de la Faculté et sur la présentation de leur carte d'entrée, auront lieu dans l'ordre suivant à partir du 16 mars :

A. *Sciences naturelles.* — M. Joannès Chatin, professeur adjoint, les lundis et jeudis à dix heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle. Il traitera de l'étude des organes et des fonctions de nutrition.

M. Pruvot, maître de conférences, fera des conférences de zoologie le mardi, au laboratoire de zoologie, à midi, et le samedi, à l'amphithéâtre d'histoire naturelle, à onze heures et demie.

M. Vesque, maître de conférences, fera des conférences de botanique, les lundis et les jeudis à midi, dans la salle des conférences.

M. Vélain, maître de conférences, fera les lundis et jeudis, à neuf heures du matin, 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 mardis, mercredis, vendredis et samedis, de neuf heures à onze heures et demie.

B. *Sciences physiques.* — M. Pellat, maître de conférences, traitera de la capillarité et de la propagation de la chaleur. Ses conférences auront lieu les lundis à huit heures, et

©BIU Santé

les jeudis à quatre heures, dans l'amphithéâtre de physique. — Les conférences d'agrégation auront lieu les jeudis et les vendredis, à huit heures, dans l'annexe du laboratoire de physique.

M. Janettaz, maître de conférences, fera, dans le laboraloire de minéralogie, les mardis et les samedis, à huit heures et demie du matin, des conférences sur la minéralogie.

M. Joly, maître de conférences, fera les mardis et les samedis, à dix heures et demie du matin, dans la salle du rez-de-chaussée, escalier n° 2, des conférences de chimie, sur des sujets indiqués par MM. les professeurs Debray et Troost. Les conférences d'agrégation auront lieu les lundis et les jeudis, à cinq heures, dans le laboratoire.

M. Mouton, maître de conférences : les travaux auront lieu les lundis, mercredis et jeudis, à neuf heures du matin, et les vendredis, à huit heures du matin, dans le laboratoire d'enseignement de physique.

— Par arrêté préfectoral, en date du 1er mars 1888, « nul ne pourra, à l'avenir, être nommé aux fonctions de médecin du Dispensaire de salubrité de la Seine, s'il ne réunit les conditions suivantes :

1° Etre Français, âgé de moins de 35 ans ; 2° avoir été admis à concourir ; 3° avoir subi, avec succès, les épreuves du concours qui consistent en : une épreuve de titres scientifiques et hospitaliers ; une épreuve écrite de deux heures sur un sujet relatif aux affections vénériennes et à la gynécologie ; deux épreuves orales de diagnostic de dix minutes chacune, après dix minutes de préparation.

Le jury du concours sera nommé par le préfet de police sur la présentation du doyen de la Faculté de médecine. Il sera choisi parmi les membres des corps scientifiques suivants : les membres de l'Académie de médecine, les professeurs et agrégés de la Faculté de médecine, les médecins, les chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux, les médecins titulaires de Saint-Lazare.

Le président du jury sera désigné dans l'arrêté de nomination. — Le jury sera composé de cinq juges et d'un suppléant. — Tous les médecins du Dispensaire cesseront leurs fonctions à l'âge de 65 ans. »

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 8 et 9 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— Le lundi 7 mai 1888, à midi précis, il sera ouvert, dans l'amphithéâtre de l'administration de l'Assistence publique à Paris, avenue Victoria, n° 3, un concours pour les prix à décerner aux élèves internes en pharmacie des hôpitaux et hospices civils de Paris.

Tous les internes en pharmacie, étant tenus de prendre part à ce concours, doivent se faire inscrire au secrétariat général de l'administration, de onze heures à trois heures. Le registre d'inscription sera ouvert le mardi 3 avril, et sera clos le lundi 23 avril à trois heures.

Cours de pathologie et thérapeutique générales. — M. le professeur Bouchard commencera le cours de pathologie et thérapeutique générales, le jeudi 22 mars 1888, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre) et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants à la même heure.

TRÈS BONNE CLIENTÈLE MÉDICALE A CÉDER. — Paris, quartier du centre. — S'adresser à M. Eyssartier, 20, rue d'Angoulême de 2 à 4 heures.

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte, gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.
Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.
Membres du Comité :
SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Traitement du psoriasis par l'iodure de potassium à haute dose. — III. A. Dehenne : De la staphylotomie antérieure. — IV. Bibliothèque : Voyage autour du monde en 365 jours (1884-1885). — V. Revue des journaux : De l'emploi de l'antifébrine. — VI. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

BULLETIN

Congrès français de chirurgie : De la récidive des néoplasmes opérés. — De l'hystérectomie vaginale.

Quelle est la fréquence de la récidive à la suite de l'ablation des néoplasmes? Combien de temps la guérison persiste-t-elle après cette ablation? Telles sont les deux premières questions qu'il eût été bon et utile de résoudre tout d'abord; mais on conçoit que cette solution soit difficile, impossible même.

La fréquence de la récidive ne pourrait être évaluée exactement que si tous les opérés étaient suivis depuis l'opération jusqu'à leur mort; il existe en effet des cas dans lesquels la récidive ne s'est montrée qu'après une guérison apparente ayant duré six, huit, dix, vingt, trente ans; peut-on dire alors que tous les opérés que l'on a perdus de vue au bout d'un temps moins long aient été guéris définitivement et étaient à l'abri d'une récidive? Qui sait même si les opérés morts longtemps après d'une toute autre cause n'auraient pas été atteints de récidive s'ils avaient vécu plus longtemps? Aussi la statistique complète de M. Cazin (de Berck) et les statistiques partielles de MM. Verneuil, Poncet (de Lyon), J. Bœckel (de Strasbourg), etc., nous montrent bien que la récidive peut ne survenir qu'au bout d'un temps parfois très long, mais on ne peut guère encore en tirer de conclusions relatives aux causes des récidives; on ne peut, suivant l'expression de M. Labbé, avoir à cet égard que des impressions résultant de l'expérience personnelle.

Ces causes paraissent cependant bien connues maintenant; presque tous les chirurgiens mettent en première ligne la parcimonie dans l'ablation des tissus malades, aussi bien dans les tumeurs bénignes, comme l'a dit M. L. Labbé, que dans les tumeurs malignes. Comme corollaire prophylactique des récidives à cette proposition, on a émis la suivante : « Il faut opérer le plus largement possible en dehors des limites appréciables du mal, enlever les ganglions auxquels aboutissent les vaisseaux lymphatiques de la région malade, ainsi que ces vaisseaux eux-mêmes, pour ne laisser aucun point de tissu morbide entre eux. » Cette proposition, mise en pratique depuis longtemps par M. Verneuil pour les tumeurs du sein et de la bouche, défendue et exposée dogmatiquement par son élève M. Kirmisson, a été soutenue au Congrès par MM. Cazin, Poncet, J. Bœckel, L. Labbé, etc. L'ablation large a encore été défendue par M. Pollosson (de Lyon) à propos des myxomes diffus des membres, contre lesquels il préco-

©BIU Santé

nise d'emblée, ou du moins après la première récidive, l'amputation dans le segment supérieur en même temps que la désarticulation totale. M. Poncet recommande aussi, à ce propos, de ne pas reculer devant ces opérations préliminaires préconisées par M. Verneuil, si bien exposées par ses élèves Kirmisson et Métaxas, et dont l'importance pourrait sembler hors de proportion avec l'étendue de la tumeur à enlever. M. Sabatier (de Lyon) croit qu'il y a grand intérêt, pour éviter les récidives locales, à ne pas morceler les tumeurs malignes au moment de leur ablation et à les enlever intactes, pour éviter la production de véritables greffes cancéreuses qui se réalisent facilement sur une plaie fraîche. Ce danger serait d'autant plus à craindre aujourd'hui que la réunion primitive favorise le développement de ces greffes, qui sont au contraire éliminées avec les produits de suppuration en cas de réunion secondaire. Cependant MM. A. Poncet et L. Labbé paraissent accorder à l'autoplastie primitive, après les ablations de tumeurs de la face, une certaine influence prophylactique sur les récidives.

Une autre proposition, qui touche de près à la précédente, c'est que l'envahissement des ganglions semble favoriser les récidives, par conséquent, il est indiqué d'opérer de bonne heure, avant l'envahissement des ganglions. Mais, comme M. Labbé l'a fait remarquer, il n'est pas toujours facile, dès le début du mal, d'obtenir des malades les sacrifices qui semblent nécessaires au chirurgien.

La récidive a probablement encore d'autres causes qui sont à peu près inconnues. Pourquoi, par exemple, alors que la région opérée reste absolement guérie, avec une cicatrice saine, la récidive se fait-elle plusieurs années après l'opération, dans un point éloigné de cette région? MM. Bœckel et Verneuil ont en particulier insisté sur ce point, dont M. Verneuil cherche l'explication dans cette idée qu'il existait déjà des germes morbides, au moment de l'opération, dans la région où s'est faite la récidive; ces germes, restés latents pendant un temps variable, comme tous les germes morbides, se sont ensuite développés lorsque les conditions favorables à leur développement se sont présentées.

La récidive, a dit encore M. Poncet, est à peu près fatale chez les sujets présentant une hérédité cancéreuse directe. Dans l'immense majorité des cas, dit M. Verneuil, le cancer est une affection constitutionnelle, dont le début peut être local, mais qui, une fois développé, infecte pour toujours l'économie et ne guérit jamais. Cet état constitutionnel créé par le cancer indique donc la nécessité de le combattre par un traitement général, institué après l'opération; ce traitement, qui consiste dans l'administration et des alcalins et de l'arsenic à petites doses, doit être continuée indéfiniment; à ces médicaments, M. L. Labbé conseille d'ajouter la teinture de condurango, qui paraît avoir donné de bons résultats à quelques chirurgiens étrangers. M. Verneuil préconise en outre l'alimentation végétale, en s'appuyant sur ce fait, constaté également par M. Galezowski pour les cancers de l'œil, que les cancers sont beaucoup plus fréquents actuellement qu'il a quarante ans, et que cette fréquence, d'après son expérience personnelle et un mémoire inédit de M. Reclus, paraît avoir pour cause principale la substitution de l'alimentation animale à l'alimentation végétale dans l'immense majorité de la France.

M. D. Mollière (de Lyon) pense encore que la notion de l'âge est très importante dans l'évaluation des récidives. Chez l'enfant, celles-ci sont tellement fréquentes et rapides que les opérations graves sont à peine justifiées;

chez une femme de 30 ans, la récidive d'un cancer du sein doit être considérée comme fort menaçante ; les chances de survie sont bien plus grandes à 50 ans, et à partir de 70 ans on peut presque absolument compter sur une guérison définitive, car le cancer ne fait plus de progrès.

Signalons encore, comme cause locale de récidive par généralisation, le transport des éléments cancéreux par les vaisseaux de nouvelle formation, ainsi que M. Castex en a observé un bel exemple.

— Il a été assez souvent question de l'hystérectomie dans ce journal pour que nous puissions résumer brèvement les points qui ont été discutés au Congrès de chirurgie.

Les indications de l'opération ont été formulées de différentes manières : M. Demons ne la croit indiquée que dans le cancer limité au corps utérin ; le cancer limité à la portion sous-vaginale est justiciable de l'amputation du col, et les cancers qui ont dépassé le col de l'utérus ne permettent plus qu'un traitement palliatif. MM. Terrier et Richelot considèrent l'hystérectomie totale comme plus rationnelle que les hystérectomies partielles ; car bien que celles-ci soient plus faciles et moins graves primitivement, elles sont insuffisantes et donnent 70 p. 100 de récidives. M. Pozzi pense qu'on doit l'appliquer à tous les cas réservés précédemment aux amputations sus et sous-vaginales du col ; elle est contre-indiquée lorsque les ligaments larges sont envahis, ce qu'on reconnaît à l'absence de mobilité de l'organe et à la difficulté de son abaissement après l'anesthésie ; lorsque le vagin est envahi également ; lorsque l'utérus cancéreux a un volume tel que son extraction est laborieuse ou impossible sans morcellement. M. Routier, qui a dit d'excellentes choses sur le diagnostic du cancer du corps utérin, ne trouve qu'une seule contre-indication à l'opération, c'est la perte de mobilité de l'utérus.

Dans ces cas, M. Pozzi rejette même l'hystérectomie dite palliative, avec ou sans résection du cul-de-sac vaginal ; le traitement palliatif, qu'il faut employer alors, car il est d'un très grand secours contre l'hémorrhagie, le suintement ichoreux et les douleurs, consiste dans l'évidement et le grattage méthodique des tissus malades suivis de cautérisation au fer rouge. M. Richelot dit aussi que les hystérectomies palliatives incomplètes ne doivent être que des opérations de nécessité dues à un diagnostic incomplet, et qu'il faut s'abstenir toutes les fois qu'on peut constater que les ligaments larges sont envahis.

L'emploi des pinces pour pratiquer l'hémostase définitive est adopté d'une manière exclusive par MM. Terrier et Richelot ; MM. Demons et Péan font la ligature ou la forcipressure suivant les cas ; M. Pozzi donne la préférence à la ligature, et réserve la forcipressure pour des cas exceptionnels ; il dit même que celle-ci n'est réellement nécessaire que dans une hystérectomie qui n'aurait pas dû être entreprise. Aux objections élevées contre l'emploi des pinces, M. Richelot répond que leur application est à la vérité difficile quand l'utérus ne descend pas bien, mais que c'est alors qu'elles rendent le plus de service, car c'est dans ces conditions que la ligature est impossible ; et M. Terrier déclare ceci : « Autant j'ai trouvé l'hystérectomie vaginale difficile quand je faisais des ligatures, autant je l'ai trouvée facile avec le procédé des pinces à demeure. »

La récidive après l'ablation des cancers de l'utérus paraît se faire, comme MM. Terrier et Richelot l'ont démontré, avant le sixième mois ; elle est rare après deux ans ; on peut donc, d'après M. Richelot, compter sur une guéri-

©BIU Santé

son presque définitive lorsqu'elle existe encore après le sixième mois. Pour diminuer les chances de récidive, il pratique la résection d'une bande de vagin, surtout utile dans l'épithélioma en chou-fleur du museau de tanche, qui a plus de tendance à se propager du côté du vagin que du côté de l'utérus. M. Demons pense aussi que la résection du vagin est une bonne précaution, mais qu'il ne faut pas en exagérer l'étendue, de peur de blesser les uretères; du reste, d'après lui, la récidive se fait le plus souvent dans les ligaments larges. Une autre précaution que recommande M. Richelot, c'est de surveiller la cicatrisation pendant plusieurs mois, et d'attaquer la récidive, dès qu'elle se montre sous forme d'un bourgeon suspect; on peut ainsi obtenir des guérisons définitives qu'une seule opération n'aurait pu procurer.

M. Terrillon a examiné la question à un autre point de vue : l'hystérectomie abdominale pour fibromes. Sur 76 femmes traitées par lui depuis cinq ans, il a pratiqué 16 fois cette opération, avec 5 morts et 11 succès complets; 6 ont subi l'opération de Battey, avec 5 guérisons et 1 mort d'obstruction intestinale deux mois après; 6 sont mortes du fait du corps fibreux, 2 par hémorrhagie, 2 par phlébite, 2 par septicémie; les 48 autres ont été traitées par les moyens médicaux, avec des succès divers. Les 16 hystérectomies ont été pratiquées pour des fibromes compromettant la vie; malgré sa gravité, cette opération doit donc être conservée, dit M. Terrillon, mais seulement dans ces conditions. — L.-H. Petit.

Traitement du psoriasis par l'iodure de potassium à haute dose.

Ce mode de traitement d'une maladie aussi commune et aussi rebelle que le psoriasis a été institué par deux médecins norvégiens, les docteurs Greve et Boeck, et largement confirmé par les expériences du docteur Haslung, de Copenhague. (*in Viertelj. f. Derm. u. Syph.* et *Ther. Gaz.*, 15 février 1886.)

Ce dernier a démontré que l'iodure de potassium peut être toléré à des doses qu'on n'aurait jamais osé prescrire auparavant. Il a pu aller chez un malade jusqu'à 50 grammes en un jour, et, dans un grand nombre de cas, jusqu'à 30 et même 40 grammes quotidiennement.

D'après une statistique donnée sous forme de tableau par le docteur Haslung, le traitement du psoriasis par l'iodure de potassium à haute dose aurait procuré la guérison complète de la maladie dans quarante cas, et une amélioration considérable chez quatre malades; ses effets auraient été nuls chez six autres, sans qu'on ait pu se rendre compte des causes de ce résultat négatif. Parmi les quarante malades guéris, il y avait vingt-quatre hommes, trois femmes et treize enfants au-dessous de 15 ans. Presque tous les cas étaient chroniques; cinq seulement étaient aigus et récents. La durée du traitement a varié entre dix-sept jours et onze semaines. Pour les hommes, la moyenne du traitement a été de cinq semaines; pour les trois femmes, il a duré six, dix et onze semaines; pour les enfants, de cinq à quinze semaines. Dans six cas de guérison, où la durée du traitement n'a été que de dix-sept à vingt-cinq jours, l'affection cutanée était chronique et presque générale.

La maladie a commencé à céder chez quelques malades lorsque la dose quotidienne du médicament a été portée à 7 ou 8 grammes, chez quelques autres à 10 grammes, mais chez le plus grand nombre à des doses plus

élevées ; chez plusieurs, seulement quand la dose a été de 20 ou 30 grammes par jour ; chez un malade même, la cure n'a commencé à se manifester qu'à la dose quotidienne de 35 grammes. La quantité totale d'iodure de potassium qui a été nécessaire pour une cure a varié : chez les hommes, de 160 à 1,390 grammes ; chez les femmes, de 526 à 1,328 grammes ; chez les enfants, de 277 à 1,520 grammes. Dans la plupart des cas, une fois que la maladie eut commencé à s'effacer, il ne s'est plus écoulé que peu de temps avant que la peau fût devenue entièrement normale.

Le docteur Haslung commence le traitement avec des doses relativement modérées, mais il les élève rapidement. Il est remarquable que dans dix cas seulement de légers signes d'iodisme se sont manifestés, mais sans rendre nécessaire la suspension du traitement ; seulement, l'élévation de la dose a été opérée plus lentement. Sous l'influence des plus hautes doses on a constaté quelques troubles du côté des organes digestifs, parfois de la céphalalgie, quelques étourdissements, et d'une manière passagère l'irrégularité du pouls et un peu d'albuminurie ; il a presque toujours suffi de diminuer de moitié la dose du médicament, et rarement il a été nécessaire d'en suspendre entièrement l'emploi. L'absence d'iodisme est surprenante avec de pareilles doses, quand on voit, par exemple, une jeune fille de 14 ans, prendre 40 grammes en un jour, et une autre de 9 ans, tolérer 35 grammes. Toutefois, un petit nombre de sujets, — l'auteur n'en cite que trois, — n'ont pu supporter cette cure : symptômes d'iodisme grave, menace de paralysie cardiaque, érysipèle de toute la face, céphalalgie, nausées, salivation, diarrhée, etc. L'examen du sang dans trois cas a permis de constater l'absence d'altération des globules sanguins. L'effet le plus saillant des hautes doses de l'iodure de potassium a été l'augmentation de fréquence du pouls, qui, au bout d'une quinzaine de jours de traitement, s'est élevé à 100, puis a monté lentement jusqu'à 130 par minute. L'examen de l'urine n'a fait constater ni augmentation ni diminution dans l'excrétion de l'urée. Quant à la quantité d'urine émise, elle a rapidement augmenté ou diminué en proportion de l'augmentation ou de la diminution du médicament.

Une chose digne d'attention, c'est que l'opinion vulgaire, d'ailleurs controversée, de la diminution de la graisse et de l'atrophie des tissus glandulaires sous l'influence de l'iode, ne s'est point trouvée confirmée par les observations du docteur Haslung. Chez les sujets qui, indépendamment de leur psoriasis, étaient atteints de tuméfaction glandulaire chronique, les tuméfactions glandulaires se sont trouvées sans modification à la fin de la cure. Quant à l'action atrophique supposée sur les testicules, les ovaires et les mamelles, les hautes doses de l'iodure n'ont produit aucune diminution appréciable des mamelles ; au contraire, chez les femmes qui ont augmenté en poids sous l'influence du traitement, les mamelles ont gagné en volume. Aucune recherche n'a été faite du côté des ovaires ; mais il est certain qu'aucun changement ne s'est opéré chez les hommes du côté des testicules.

Le docteur Haslung considère le traitement par l'iodure de potassium à hautes doses comme le meilleur avec lequel on puisse combattre le psoriasis, maladie qui résiste si généralement aux moyens de traitement les mieux dirigés. Il ne pense pas que ce traitement mette les malades complètement à l'abri des rechutes, et il conseille de continuer l'administration de l'iodure de potassium pendant un certain temps après la guérison.

©BIU Santé

Le travail de notre confrère de Copenhague présente un grand intérêt; mais il va sans dire que les médecins prudents ne doivent entrer dans la voie qu'il a ouverte qu'en soumettant leurs malades à la surveillance la plus attentive. Du reste, il s'agit de délivrer les sujets psoriasiques d'une maladie extrêmement désagréable, souvent repoussante et insupportable.

De la staphylotomie antérieure.

Note lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 28 janvier 1888,

Par le docteur A. Dehenne.

Messieurs,

Je n'ai jamais vu pratiquer l'opération dont je vais vous entretenir. M. de Wecker la décrit dans son *Traité de chirurgie oculaire*, et il en revendique la paternité. Je ne sais s'il a été suivi dans cette voie; quant à moi, je considère cette opération comme excellente, dans certains cas déterminés. Elle donne des résultats esthétiques parfaits et ne présente aucun danger. Le manuel opératoire est toutefois assez compliqué.

Lorsqu'un œil a été blessé et qu'il s'est formé un staphylome antérieur opaque, aucune opération, à mon sens, ne remplace l'énucléation; elle est facile à exécuter, et seule elle met parfaitement à l'abri des accidents sympathiques. L'énucléation offre des garanties que l'on ne peut demander ni à l'ablation du segment antérieur de l'œil, avec ou sans exentération, ni *à fortiori* à l'énervation du nerf optique qui, je le crois, est repoussée à l'heure actuelle par l'immense majorité des chirurgiens. A plus forte raison l'énucléation s'impose-t-elle lorsque la région ciliaire a été blessée. Mais lorsqu'il s'agit d'un staphylome consécutif à une ophthalmie purulente mal soignée, par exemple, surtout *si la région ciliaire est parfaitement intacte*, l'énucléation totale du bulbe présente moins d'avantages, au point de vue de la forme, que la staphylotomie pratiquée suivant le procédé que je vais vous indiquer.

Deux cas peuvent se présenter, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte. D'une façon générale, chez l'enfant, il ne faut pratiquer l'énucléation de l'œil qu'avec la plus grande circonspection. Le rétrécissement de l'orbite, qui en est la conséquence, amène une difformité choquante et définitive. Il faut réserver l'énucléation chez l'enfant aux cas bien nets d'ophthalmie sympathique ou de tumeur intra-oculaire (gliome de la rétine). Lorsque le staphylome est peu saillant, on peut, sans inconvénient, laisser grandir l'enfant et ne l'opérer que lorsqu'il est devenu un jeune homme, c'est-à-dire au moment où sa difformité peut lui créer des difficultés au point de vue de la carrière qu'il veut embrasser. Si, au contraire, le staphylome est proéminent entre les paupières, dont il empêche l'occlusion parfaite, il n'y a pas à hésiter; la staphylotomie doit être immédiatement pratiquée. Chez l'adulte, la question d'esthétique joue un grand rôle. Beaucoup de gens qui, n'arrivant pas à se placer tant que leur difformité est apparente, trouvent une situation aussitôt qu'ils sont munis d'un œil artificiel bien fait et mobile. Et, au point de vue esthétique, au point de vue de la mobilité de l'œil, la staphylotomie est bien supérieure à l'énucléation.

Il est bien entendu que la staphylotomie ne peut être pratiquée que lorsque la cornée est seule atteinte. L'énucléation est indiquée, et doit lui être absolument préférée dans les cas où la sclérotique a suivi la cornée dans son mouvement d'expansion. *En un mot la staphylotomie exige une sclérotique absolument intacte.*

Critchett est le premier qui ait régularisé l'ablation du staphylome antérieur opaque. Mais son opération est défectueuse, en ce sens qu'elle créé des conditions propices au développement d'une ophthalmie sympathique, et que, question de sympathie à part, elle forme un moignon sur lequel l'application d'un œil artificiel est, sinon impossible, tout au moins extrêmement difficile. Tout le monde connaît le procédé de Critchett; il est classique et décrit dans les traités de médecine opératoire. Après avoir passé trois ou quatre aiguilles courbes en arrière du staphylome, dans la scléro-

tique en pleine région ciliaire, il abrase d'un seul coup la cornée en avant du grillage ainsi formé, et ferme la plaie béante à l'aide des fils dont il avait préalablement muni ses aiguilles.

Le *modus faciendi* est très facile et expéditif. Mais, comme nous le faisions observer il n'y a qu'un instant, la région ciliaire est fortement traumatisée; l'irido-cyclite est à redouter avec toutes ses conséquences. De plus, la ligne de sutures forme à ses extrémités deux angles saillants qui empêchent la pose de l'œil artificiel, et qu'il faut souvent réséquer, ce qui n'est guère commode.

Pour parer à tous ces inconvénients, voici comment, après de Wecker, nous avons procédé dans trois cas, dont deux avaient trait à des enfants, l'un de 15 mois, l'autre de 4 ans, et le troisième à un jeune homme de 20 ans. Les deux enfants étaient atteints de staphylomes antérieurs très proéminents. Le jeune homme avait un vaste leucome adhérent; chez lui, l'opération n'avait qu'un but absolument esthétique.

Chez aucun des opérés, je n'ai employé le chloroforme; la cocaïne a suffi à donner une anesthésie très suffisante pour mener à bien les trois opérations.

L'œil étant bien cocaïné, à l'aide de ciseaux fins et pointus, on détache avec le plus grand soin la conjonctive autour de la cornée, et on la dissèque sur une étendue de 4 millimètres environ. Puis on passe trois sutures destinées à fermer complètement le sac conjonctival, lorsque la cornée aura été détachée. Les extrémités de chaque fil sont réunies provisoirement à l'aide d'une pince à forcipressure, de façon à ce qu'il n'y ait pas de confusion possible. Les pinces sont confiées à l'assistant qui, à l'aide d'un crochet à strabisme, éloigne du champ opératoire les anses des fils passant au devant du staphylome. L'opérateur, de cette façon, ne court aucun risque de couper les fils et leurs anses en enlevant la cornée.

L'ablation de la cornée se fait très facilement. A la base du staphylome, et à l'union de la cornée et de la sclérotique, on fait, à l'aide du couteau de Graefe, une ponction et une contre-ponction au point diamétralement opposé, de façon que le couteau ainsi implanté divise le staphylome en deux moitiés absolument égales. Dirigeant alors le tranchant en avant, on sectionne d'un seul coup le staphylome d'arrière en avant. Saisissant chaque moitié du staphylome avec des petites pinces à iridectomie, on en opère l'ablation avec des ciseaux courbes, en suivant très exactement le bord de la cornée. Généralement, le cristallin n'existe plus au moment de l'opération, car, le plus souvent, il a été expulsé à l'époque où s'est faite la perforation cornéenne, prélude du staphylome antérieur. S'il existe encore, il sort de lui-même, au moment où l'on serre les points de suture. Si l'opération est faite rapidement, le corps vitré n'a pas le temps de sortir. En effet, le dernier coup de ciseau étant donné, l'assistant présente à l'opérateur les extrémités du fil médian qui ferme immédiatement le trou béant; les deux autres fils sont serrés immédiatement après.

Je fais usage de trois sutures. L'opération étant terminée, si l'on s'apercevait qu'une partie de la plaie n'est pas complètement close, on pourrait très aisément ajouter une nouvelle suture. Grâce à l'antisepsie parfaite, la cicatrisation se fait par première intention, et quelques jours après, on peut appliquer un œil artificiel, qui jouit d'une mobilité parfaite et n'amène aucune irritation des parties sous-jacentes.

Chez l'enfant, cette opération est tout indiquée. Elle permet le développement normal de l'orbite, et il n'en résulte aucune difformité pour l'avenir.

Chez l'adulte, elle est aussi beaucoup plus esthétique que l'énucléation, car elle évite cet enfoncement disgracieux de la paupière supérieure qui accompagne l'énucléation la mieux faite (1).

(1) Le lendemain du jour où j'ai lu cette note à la Société de médecine, j'ai pratiqué cette opération à un enfant de 16 mois, que l'on m'avait amené de la campagne, et qui était atteint d'un staphylome antérieur opaque extrêmement proéminent. Le petit sujet étant très nerveux, j'ai dû obtenir la résolution complète à l'aide de l'anesthésie chloroformique, ce qui a singulièrement facilité l'opération. Comme l'espace sur lequel j'opérais était très restreint, afin d'éviter le mélange des fils, j'ai détaché la cornée après avoir passé les sutures interne et externe. Le fil médian n'a été posé qu'après l'ablation

©BIU Santé

BIBLIOTHÈQUE

EN OCÉANIE — Voyage autour du monde en 365 jours (1884-1885), par Edmond Cotteau, chargé d'une mission scientifique. — Contenant 48 gravures et 4 cartes. — Paris, 1888. — Librairie Hachette.

On peut dire de M. Edm. Cotteau qu'il est un voyageur émérite, dont les récits rapides, précis et clairs, donnent de charmants instants de repos à l'esprit en l'instruisant. Tout son nouveau livre est intéressant, mais il présente principalement trois points qui surpassent le reste en intérêt : la description, puisée aux sources mêmes, de l'épouvantable catastrophe de Krakatem, où l'on voit la preuve de la solidarité, si l'on peut ainsi dire, de toutes les parties du globe terrestre; des détails précieux à tous les points de vue sur la Nouvelle-Calédonie et ses dépendances, qui pourraient devenir bientôt une propriété de haute utilité pour la métropole, si les partis voulaient bien laisser à notre gouvernement les loisirs nécessaires pour administrer les intérêts français; une excellente peinture du littoral de l'île de Tahïti, rendue si célèbre par le capitaine Cook, petit coin du monde privilégié, printemps perpétuel, éden océanique.

Nous recommandons la lecture de ce petit livre, comme passe-temps agréable, à nos confrères, dans leurs moments de farniente nécessaires. — G. R.

REVUE DES JOURNAUX

De l'emploi de l'antifébrine, par E. Destrée et A. Slosse. (*La Clinique*, 24 novembre 1887.) — Les auteurs ont employé des doses de 0 gr. 25 centigr., répétées jusqu'à quatre fois à une heure d'intervalle. En général, une première dose de 20 à 25 centigrammes ne donne qu'un résultat peu évident, et il est utile, pour obtenir un abaissement marqué de la température, de faire suivre l'administration de la première dose au moins d'une deuxième dose de la même valeur.

Dans la tuberculose pulmonaire fébrile, le médicament a donné de bons résultats (8 cas). Abaissement de température de 1 à 3 degrés, sommeil plus calme. Jamais d'accidents du côté des voies digestives. Le seul inconvénient réel est l'apparition de transpirations abondantes pendant la défervescence. Elles peuvent être avantageusement combattues par les frictions et l'administration de l'alcool.

Dans un cas de pneumonie, on a obtenu une défervescence rapide au quatrième, cinquième et sixième jour de la maladie. L'action paraît ne s'établir que deux heures après l'administration des premières doses. Bons effets dans un cas de fièvre typhoïde.

Dans le rhumatisme articulaire, les auteurs ont constaté dans tous les cas une diminution réelle de tous les symptômes.

L'antifébrine a-t-elle des propriétés parasiticides. Krieger l'a admis, tandis que pour Miguel le remède est presque nul comme antiseptique.

MM. Destrée et Slosse ont institué quelques expériences et ont observé que dans la proportion de 1 à 2 p. 100, l'antifébrine n'empêche pas le développement des micro-organismes, mais le retarde d'une façon évidente.

L'action antithermique est bien nette. Pour Evan, cette action serait due, dans la majorité des cas, à une augmentation de la déperdition du calorique, et, dans certains cas seulement, à une diminution dans sa production ; Hénocque suppose aussi qu'il y a diminution dans les processus d'oxydation, et Hare arrive aux mêmes conclusions.

La diminution rapide des douleurs dans le rhumatisme articulaire aigu ou subaigu prouve l'action analgésiante; enfin elle est encore vaso-constrictive et abaisse la pression artérielle. C'est là une contre-indication à l'emploi du médicament. — P. C.

---

du staphylome. Le résultat a été excellent. Je n'ai pas perdu de corps vitré. L'enfant n'a pas souffert une minute et, comme toujours, les fils sont tombés d'eux-mêmes. Hier (7 mars) je lui ai appliqué sa coque d'émail, ainsi qu'à un jeune homme de 15 ans, opéré il y a douze jours seulement par le même procédé.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

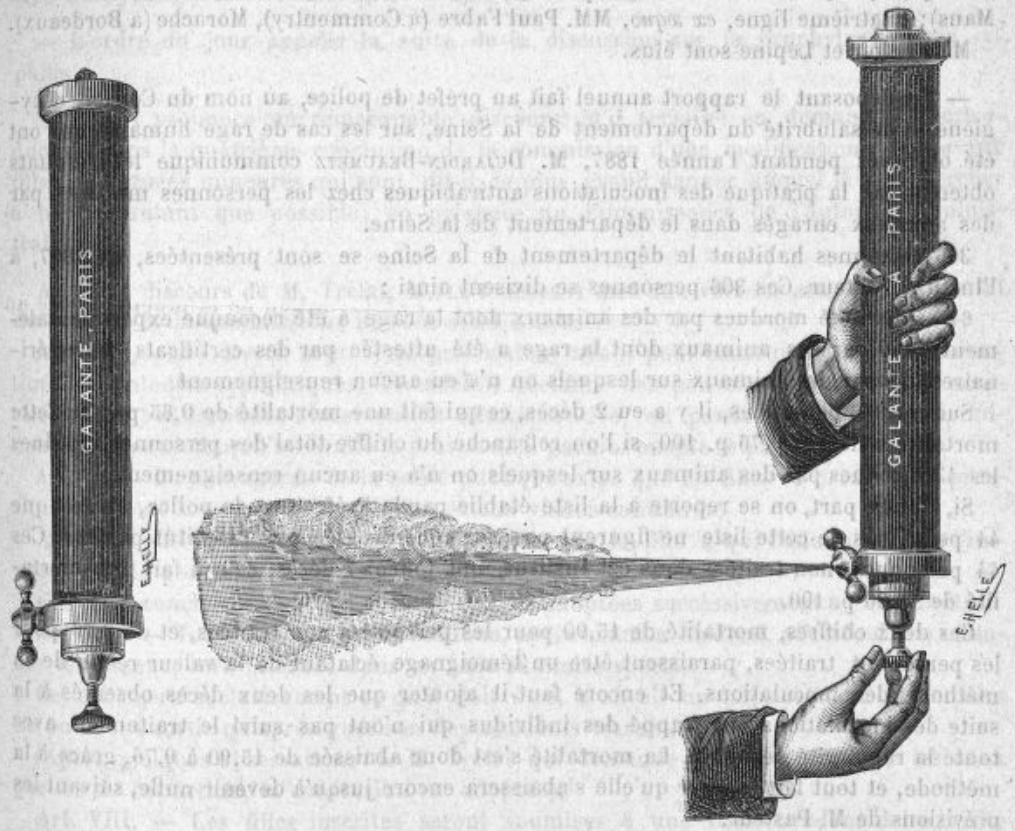
Séance du 20 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de MM. Quesneville et Vigier, pour la section de pharmacie;

2° Une note complémentaire de M. le docteur Bertrand, médecin principal de la marine, à la relation d'une épidémie de dysentérie qui a régné à Toulon, du mois de mai au mois de novembre 1887. (Comm. des épidémies.)

— M. Dujardin-Beaumetz présente : 1° De la part de M. Galante, deux appareils destinés à l'application de l'anesthésie par les pulvérisations de chlorure de méthyle et construits sur les indications de M. le docteur Debove. Ces appareils simples et pratiques, ainsi qu'on peut s'en rendre compte par les figures ci-jointes, favoriseront l'emploi du chlorure de méthyle.



2° De la part de M. Henri Bergeron, un nouvel appareil pour les inhalations d'acide fluorhydrique.

M. Trélat présente, de la part de M. le docteur Adolphe Piéchaud, un ouvrage intitulé : *Les misères du siècle,* avec une préface de M. Jules Simon.

M. Maurice Perrin présente, de la part de M. le professeur Chauvel (du Val-de-Grâce), les articles Piqure anatomique et Plaies (extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

M. Panas présente un travail intitulé : *Traitement optique et curatif du kératocone.*

— M. le Président annonce à l'Académie la nouvelle de la mort de M. Hippolyte Blot, membre titulaire dans la section d'accouchement, et rappelle en quelques paroles émues

©BIU Santé

les titres scientifiques et les grandes qualités de caractère du défunt. Ces paroles sont accueillies par d'unanimes applaudissements.

M. LE PRÉSIDENT annonce que la commission chargée de l'examen des titres des candidats à la place déclarée vacante dans la section des associés libres se compose de MM. Milne-Edwards, Siredey, Léon Labbé, Guéniot, Planchon, Jules Lefort, Blanche et Marjolin.

— M. le docteur JEANNEL, professeur de clinique chirurgicale de l'Ecole de médecine de Toulouse, lit un travail intitulé : *Etude sur la pathogénie du délire dit iodoformique*. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

— M. LEREBOULLET, candidat pour la place déclarée vacante dans la section des associés libres, lit un travail intitulé : *Réflexions sur l'origine et la destinée des mots du vocabulaire médical*. Ce travail est renvoyé à l'examen de la commission des associés libres.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux correspondants nationaux (1re division) :

Classement des candidats : Première ligne, M. Leloir (à Lille); deuxième ligne, M. Lépine (à Lyon); troisième ligne, *ex æquo*, MM. Chédevergne (à Poitiers), Mordret (au Mans); quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Paul Fabre (à Commentry), Morache (à Bordeaux).

MM. Leloir et Lépine sont élus.

— En déposant le rapport annuel fait au préfet de police, au nom du Conseil d'hygiène et de salubrité du département de la Seine, sur les cas de rage humaine qui ont été observés pendant l'année 1887, M. DUJARDIN-BEAUMETZ communique les résultats obtenus par la pratique des inoculations antirabiques chez les personnes mordues par des animaux enragés dans le département de la Seine.

306 personnes habitant le département de la Seine se sont présentées, en 1887, à l'Institut Pasteur. Ces 306 personnes se divisent ainsi :

64 avaient été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue expérimentalement; 199 par des animaux dont la rage a été attestée par des certificats de vétérinaires; 43 par des animaux sur lesquels on n'a eu aucun renseignement.

Sur ces 306 personnes, il y a eu 2 décès, ce qui fait une mortalité de 0,65 p. 100. Cette mortalité s'élève à 0,76 p. 100, si l'on retranche du chiffre total des personnes mordues les 43 mordues par des animaux sur lesquels on n'a eu aucun renseignement.

Si, d'autre part, on se reporte à la liste établie par la Préfecture de police, on voit que 44 personnes de cette liste ne figurent pas sur celle dressée par l'Institut pasteur. Ces 44 personnes, non traitées dans cet Institut, ont fourni 7 décès, ce qui fait une mortalité de 15,90 p. 100.

Ces deux chiffres, mortalité de 15,90 pour les personnes non traitées, et de 0,76 pour les personnes traitées, paraissent être un témoignage éclatant de la valeur réelle de la méthode des inoculations. Et encore faut-il ajouter que les deux décès observés à la suite des inoculations ont frappé des individus qui n'ont pas suivi le traitement avec toute la régularité désirable. La mortalité s'est donc abaissée de 15,90 à 0,76, grâce à la méthode, et tout fait espérer qu'elle s'abaissera encore jusqu'à devenir nulle, suivant les prévisions de M. Pasteur.

M. FÉRÉOL, en présence du nombre toujours croissant des chiens enragés et des personnes mordues dans le département de la Seine, demande que l'Académie appelle l'attention de l'autorité compétente sur cet état de choses.

MM. DUJARDIN-BEAUMETZ et LEBLANC appuient la proposition de M. Féréol.

Sur la proposition de M. le président HÉRARD, MM. Dujardin-Beaumetz, Féréol et Leblanc, après s'être concertés, présentent à l'approbation de l'Académie la proposition suivante :

L'Académie, considérant que le nombre de cas de rage canine ne cesse d'augmenter dans le département de la Seine et dans la France entière; que, par suite, le nombre des personnes mordues suit une progression croissante, est d'avis qu'il y a lieu de rap-

peler aux pouvoirs compétents les conclusions adoptées en 1885 par l'Académie sur cette question, et, en conséquence, réclame l'adoption d'urgence des mesures suivantes :

A. Utilisation du personnel des gardiens de la paix, ou, à son défaut, création d'un personnel spécial.

B. Obligation de faire porter aux chiens une médaille constatant le paiement de la taxe, médaille dont le modèle variera chaque année.

C. Application rigoureuse des articles 53 et 54 du décret du 22 juin 1882, ainsi conçus :

Art. 53. — « L'autorité administrative pourra, lorsqu'elle croira cette mesure utile, particulièrement dans les villes, ordonner par arrêté que tous les chiens circulant sur la voie publique soient muselés ou tenus en laisse. »

Art. 54. — « Lorsqu'un cas de rage a été constaté dans une commune, le maire prend un arrêté pour interdire pendant six semaines, au moins, la circulation des chiens, à moins qu'ils ne soient tenus en laisse.

« La même mesure est prise pour les communes qui ont été parcourues par un chien enragé. »

Cette proposition est adoptée, après une courte discussion à laquelle prennent part MM. Hardy, Dujardin-Beaumetz, Léon Le Fort et Leblanc.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

M. Trélat prononce un remarquable discours qu'il termine en demandant l'introduction dans la quatrième conclusion de la commission d'une modification relative aux filles prostituées mineures qui sont, dit-il, le plus grand danger auquel il faut chercher à parer, autant que possible, en présence de l'impuissance de l'autorité administrative.

Après le discours de M. Trélat, M. le Président met aux voix les articles IV, V et VI du rapport de la commission; ils sont ainsi conçus :

Art. IV. — Ces divers ordres de provocation ayant pour conséquence la dissémination des maladies syphilitiques, l'Académie réclame des pouvoirs publics une loi sanitaire réglant et fortifiant l'intervention administrative, en particulier à l'égard des mineures, et permettant d'atteindre la provocation partout où elle se produit.

Art. V. — La sauvegarde de la santé publique exige que les filles se livrant à la prostitution soient soumises à l'inscription et aux visites sanitaires.

Art. VI. — Si l'inscription n'est pas consentie par la fille à qui l'administration l'impose, elle ne pourra être prononcée que par l'autorité judiciaire.

Ces trois conclusions sont mises aux voix et adoptées successivement à l'unanimité.

Art. VII. — Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée d'une maladie vénérienne, sera internée dans un asile sanitaire spécial.

Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir un hôpital, dont les malades ne pourront sortir qu'après guérison des accidents transmissibles.

(Après quelques observations de M. Trélat qui demande le vote séparé sur les deux parties de cet article, la conclusion est adoptée).

Art. VIII. — Les filles inscrites seront soumises à une visite hebdomadaire, visite complète et de date fixe. (Adopté.)

Art. IX. — Les mesures de surveillance et de prophylaxie qui fonctionneront dans la capitale seront rigoureusement exécutoires dans les départements.

En province, les filles reconnues affectées de maladies vénériennes seront hospitalisées dans un service spécial.

(Après quelques observations de MM. Trélat, Le Roy de Méricourt, Brouardal, Lagneau et Legouest, l'article IX est supprimé.)

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité pour entendre la lecture du rapport de M. Legouest sur les candidats au titre d'associé.

Voici la liste de présentation : en première ligne, M. Prescot-Hewet; en deuxième ligne M. Longmoore; en troisième ligne, M. Spencer-Wels.

©BIU Santé

FORMULAIRE

Liniment antinévralgique

Alcool camphré	90	grammes.
Ether sulfurique	30	—
Landanum de Rousseau	6	—
Chloroforme	20	—

Mêlez. — On imbibe un morceau de flanelle de cette solution ; on l'étale sur la région douloureuse, et on recouvre le tout d'une feuille de taffetas gommé. — N. G.

COURRIER

Nécrologie. — M. le docteur Martineau, dont nous n'avons pu que mentionner la mort inopinée dans notre avant-dernier numéro, a succombé le mardi 13 mars, à neuf heures du soir, probablement à une embolie pulmonaire.

Depuis le 1er janvier, sa santé était profondément altérée. Il avait fait un testament le 31 janvier, dans lequel il demandait à être inhumé à Melun, auprès de son père et de sa grand'mère ; il voulait que la cérémonie fût très simple et sans escorte militaire.

Le service funèbre a eu lieu le 17 mars à Melun, où se sont rendus un certain nombre de ses amis, auxquels sont venus se joindre des médecins du département de Seine-et-Marne.

Trois discours ont été prononcés sur sa tombe : le premier par M. Bancel, président de la Société des médecins de Seine-et-Marne, au nom de l'Association générale ; le second par M. Blache, vice-secrétaire de l'Association, au nom des membres du bureau de l'Association ; un troisième par M. Constantin Paul, au nom de ses collègues des hôpitaux et de ses amis.

Martineau lègue sa fortune, après la mort de sa mère, à l'Association générale des médecins de France, et ses livres ainsi que ses instruments à la bibliothèque des internes de Lourcine.

— Nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur E. Vibert, chirurgien de l'Hôtel-Dieu du Puy, président de l'Association des médecins de la Loire et de la Haute-Loire.

Société de médecine de Paris. — Séance du 24 mars 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Dehenne : Kyste de l'orbite, blépharospasme. — 2. M. Pinteaud-Désallées : Opération césarienne, observation d'uréthrotomie externe. — 3. M. Trousseau : Du bandeau en ophthalmologie. — 4. Communications diverses.

BAIL DE MÉDECIN A PRENDRE A PARIS. — Un docteur, fixé depuis douze ans dans un riche quartier de Paris, est obligé, pour raisons de famille, de changer de quartier, tout en conservant sa clientèle. Il lui reste près de six ans de bail à faire.

Il céderait ce bail à un autre docteur, sans aucune rétribution, à la seule condition qu'on lui garantirait le paiement exact du loyer pendant la durée du bail.

Les malades ayant l'habitude de venir dans cette maison depuis douze ans, le médecin qui viendrait serait assuré d'une nombreuse clientèle.

S'adresser au journal.

L'ÉMULSION MARCHAIS est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Troisième Congrès français de chirurgie. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Causerie. — VII. Formulaire.

BULLETIN

Dans le Petit Amphithéâtre de la Faculté, — trop petit vraiment pour la circonstance, — se pressait avant-hier un auditoire d'élite, attiré par la réouverture du cours de M. le professeur Ch. Bouchard, qu'un repos nécessaire avait tenu éloigné l'an dernier de cette chaire de pathologie et de thérapeutique générales à la fois si enviable et si redoutable.

Outre les étudiants, internes et praticiens, auditeurs habituels, on remarquait M. le professeur Straus, récemment élu, bon nombre d'agrégés, M. Troisier, qui s'est acquitté avec un succès mérité d'une suppléance difficile, MM. Hallopeau, Hanot, Quinquaud, etc. L'affluence et la qualité du public attestent bien à la fois l'intérêt qu'excite un enseignement d'année en année plus suivi et la sympathie qu'inspire le maître dont l'influence s'exerce d'une façon croissante et si favorable sur nos générations médicales.

M. Bouchard a expliqué que, s'il a choisi pour sujet du cours de cette année la *thérapeutique des maladies chroniques*, ce n'est pas pour revenir sur les maladies par ralentissement de la nutrition et les diathèses qu'il a précédemment traitées, mais bien pour se consacrer à l'étude des *maladies*

FEUILLETON

CAUSERIE

Cause mystérieuse de la maladie du kronprinz. — Le furor operativus *en Allemagne. — Comment on nous connaît à l'étranger.*

Il y a quelques semaines, un des journaux politiques que je lis d'habitude faisait remarquer que Sa Majesté *le Hasard*, pour laquelle le roi de Prusse Frédéric II avait tant de considération, protégeait ostensiblement le prince de Bismarck, en frappant tour à tour et en conduisant au tombeau tous ceux qui pouvaient gêner les plans du chancelier de l'empire d'Allemagne. Gambetta, presque seul dans le parti républicain, était considéré comme capable de faire en France la concentration nationale, d'entraîner le pays à la revanche. La mort a terrassé Gambetta lorsque sa vie était à peine aux deux tiers de son cours. Une blessure légère, une égratignure. Il ne s'en est pas relevé. La cicatrice s'est vite refermée. La blessure s'est guérie. Mais, quelques semaines après, Gambetta n'était plus. Est-il mort de sa blessure ou d'autre chose ? Les médecins n'ont jamais pu le savoir bien exactement. (C'est le rédacteur de mon journal qui dit cela, et non moi, car je sais très bien que les éminents maîtres qui ont soigné Gambetta ont su qu'il était mort d'autre chose que de sa blessure, et que cette autre chose était une pérityphlite suppurée.)

©BIU Santé

infectieuses chroniques, cette étude devant lui fournir l'occasion de poser et de discuter les problèmes que soulève l'*antisepsie*.

Nous analyserons dans le prochain numéro cette belle leçon d'ouverture, si attachante, dont les assistants ont souligné par leurs applaudissements les aperçus élevés et les traits spirituels. — P. L. G.

Troisième Congrès français de chirurgie.

QUESTIONS DIVERSES.

Les questions laissées au choix des membres du Congrès ayant été extrêmement nombreuses, nous essaierons de les grouper ensemble pour en donner plus facilement le résumé.

Tête et face. — M. le professeur Lannelongue a étudié d'une manière complète les kystes dermoïdes de la fontanelle antérieure, dont l'origine est congénitale, les caractères variables, ce qui en rend le diagnostic difficile, surtout lorsque la tumeur est transparente. Ils naissent de l'enclavement d'un îlot ectodermique dans l'épaisseur du feuillet vasculaire pendant le développement de l'embryon, et sont repoussés vers la fontanelle par l'ossification des os crâniens. Le seul traitement est l'extirpation complète. M. Ollivier a vu trois cas de ce genre; une fois l'extirpation a été suivie d'érysipèle, puis de méningo-encéphalite mortelle.

M. Ehrmann (de Mulhouse) a pratiqué la palatoplastie sur 41 enfants qu'il a pour la plupart suivis jusqu'alors et qui lui ont fourni les résultats suivants : sur 10 opérés âgés de moins de 2 ans, il a eu 2 morts, 2 insuccès et 6 guérisons; mais un seul survit après la troisième année; au-dessus de 2 ans, les résultats ont toujours été très satisfaisants. M. Fontan (de Toulon) a préconisé la résection maxillo-molaire temporaire dans la cure des polypes naso-pharyngiens; il a pratiqué avec avantage cette opération dans un cas, puis il a rapproché les parties et les a réunies par des sutures osseuses et cutanées. Il n'a pas réuni le voile du palais, afin de pouvoir surveiller les récidives possibles. — M. Levrat (de Lyon) a pratiqué avec succès l'opération de Rizzoli-Esmarch pour remédier à une ankylose de la mâchoire chez un enfant de 6 ans 1/2.

M. Abadie considère l'œil comme un réceptable de nombreux microbes, causes d'inflammation à la suite des blessures de l'œil et des opérations pratiquées sur cet organe. Il conseille en conséquence une antisepsie rigoureuse; si malgré cela la suppuration

---

Et Chanzy ? Ce général français, qui avait montré de grandes qualités militaires dans la campagne de 1871, et qui était destiné à diriger nos armées dans le cas où nous aurions une guerre, est mort quelques jours après Gambetta. Subitement. Une rupture d'anévrysme ? C'est presque toujours par la rupture d'anévrysme ou par l'apoplexie qu'on explique les morts subites qu'on ne peut pas expliquer autrement. Chanzy immédiatement après Gambetta. Le hasard, cette fois, a fait coup double.

Et Skobeleff ? Ce n'est pas d'une blessure à la main, ni de la rupture d'un anévrysme, ni d'une attaque d'apoplexie, qu'il est mort en revenant de ce voyage à Paris, dans lequel il avait prêché la guerre à l'Allemagne et l'alliance franco-russe. Skobeleff avait trente et quelques années. C'était le général le plus populaire de la Russie. Ce qui est certain, c'est qu'il est mort d'une façon inattendue, et à coup sûr mystérieuse. On a parlé d'un refroidissement, d'excès de table et d'excès d'un autre genre. On a dit que le héros russe abusait du vin comme Alexandre-le-Macédonien, qu'il semblait avoir pris pour modèle et sur les traces duquel il marchait. Il faut croire que le champagne qu'il avait bu à son dernier souper était singulièrement frelaté.

Après avoir supprimé Skobeleff, Gambetta et Chanzy, le Hasard frappe maintenant le prince impérial d'Allemagne. Et, de tous les coups portés dans ces dernières années par cette Majesté, ce n'est pas le moins extraordinaire.

Quel est le mal contre lequel lutte le kronprinz ? La science est impuissante à le définir. Les plus savants médecins sont au chevet de l'héritier du trône d'Allemagne, dont l'existence, depuis plusieurs mois, est un épouvantable martyre. Ils tentent tout pour le

survient, il pratique des cautérisations avec la pointe effilée d'un thermo-cautère rougi à blanc. — M. Javal est parvenu à mesurer instantanément l'astigmatisme cornéen au moyen d'un *quadriprisme* de son invention.

Cou. — L'extirpation du larynx pour cancer est indiquée, d'après M. Demons, si la marche est lente, l'affection bien limitée à la cavité du larynx (condition où, d'après M. Krishaber, la dégénérescence ganglionnaire est rare et tardive); il faut au contraire la rejeter si la marche de l'affection est rapide, si elle a dépassé le larynx et envahi les ganglions. M. Demons conseille l'emploi de la canule de Trendelenburg pendant l'opération; M. Dupont (de Lausanne) dit que cette canule a le grave inconvénient de pouvoir être expulsée au moment d'une quinte de toux; aussi préfère-t-il, pour obvier à l'entrée du sang dans les voies aériennes, séparer la trachée de l'œsophage et la renverser en avant dans l'angle inférieur de la plaie où il la fixe par un point de suture. M. Mollière, comme M. Demons, pense que l'extirpation du larynx doit être pratiquée dans les cas où le cancer est bien limité, et, dans ce cas, a employé avec avantage la canule de Trendelenburg, qui est restée en place dix jours après l'opération.

En cas de corps étranger du larynx impossible à extraire par les voies naturelles, M. L. Labbé pense, d'après un cas personnel, qu'il ne faut pas hésiter à suivre le précepte donné par Morell-Mackenzie, à savoir, de faire précéder la thyrotomie de la trachéotomie, pour que l'extraction du corps étranger par la thyrotomie puisse être faite avec sécurité et sans danger d'asphyxie.

Une courte note sur les aérocèles ou tumeurs gazeuses du cou, communiquée par M. L.-H. Petit, sera publiée plus tard dans notre journal.

M. le docteur Duplouy (de Rochefort) a réséqué avec succès l'apophyse transverse de l'axis pour remédier à une fistule intarissable causée par un mal de Pott sous-occipital.

M. le docteur Vaslin (d'Angers) pense que les tumeurs ganglionnaires chroniques du cou et de l'aisselle sont généralement de nature tuberculeuse et doivent être traitées comme des tumeurs malignes par l'extirpation.

Trone. — M. le docteur Bilhaut a attiré l'attention sur la scoliose consécutive à un accroissement inégal des membres inférieurs, et M. Redard a décrit la technique des corsets orthopédiques faits d'après la méthode de Sayre, qui donne des appareils très légers, élastiques et durables.

Le traitement des kystes et abcès enkystés de la face supérieure du foie par la résection de la partie inférieure du thorax a été indiqué par M. Lannelongue dans une communication à l'Académie des sciences en mai 1887. Depuis, il eut l'occasion de pratiquer

---

sauver. On lui brûle la gorge par des cautérisations répétées, on lui ouvre la trachée, on va peut-être procéder à l'ablation du larynx, et les docteurs analysent, dans leurs laboratoires, les parcelles malades arrachées par les pinces des chirurgiens et cherchent à découvrir la nature du mal qui mine et détruit lentement cette robuste organisation. Mais ils ne découvrent rien. Est-ce ou n'est-ce pas un cancer? La guérison est-elle possible ou n'arrivera-t-on qu'à prolonger de quelques mois, de quelques semaines, de quelques jours cette agonie? On ne sait pas. Les parcelles de chair qu'on examine avec une attention minutieuse ne révèlent pas le secret qu'on aurait tant d'intérêt à connaître. Je ne sais pourquoi, la maladie du prince impérial d'Allemagne me remet en mémoire la scène de l'apparition, dans *Hamlet*, et le récit du spectre. « Muni d'une fiole de poison, il versa dans mon oreille une contagieuse liqueur. Cette liqueur est si ennemie du sang de l'homme que, subtile, comme le vif-argent, elle court et s'insinue dans tous les canaux, toutes les veines du corps, et, par une active énergie, épaissit et corrompt le sang le plus pur. C'est ainsi qu'elle glaça le mien... »

Si l'on ne voit pas quelle est la nature du mal auquel le kronprinz est en proie, on voit assez bien quels sont les grands intérêts qui se débattent, et quelles sont les intrigues qui se trament autour du lit du malade. Bref, le rédacteur du journal que je cite semble supposer que *le Hasard*, qui débarrasse ainsi au moment voulu le terrible chancelier de fer de ses ennemis, est guidé par une main en relation plus ou moins directe avec la tête de ce chancelier. Mais depuis que ces lignes ont été écrites, bien des choses se sont passées : l'empereur Guillaume est mort et le kronprinz Fritz est devenu

©BIU Santé

cette opération chez un jeune enfant atteint d'abcès enkysté, et il pense qu'on peut utiliser ce procédé, sans ouvrir le péritoine, pour l'ablation d'une tumeur solide du foie ou du diaphragme. M. Maunoury (de Chartres), Thornton (de Londres) et P. Segond ont eu également recours à cette opération pour ouvrir vers l'extérieur une voie aux kystes hydatiques de la face supérieure du foie.

Abdomen. — M. le docteur Thiriar (de Bruxelles) donne des nouvelles des trois opérées de cholécystectomie dont il a communiqué les observations à la première session du Congrès; ces opérés vont très bien; depuis il a pratiqué encore une fois avec succès cette opération, qu'il considère comme bien supérieure à la cholécystotomie simple.

M. le docteur Vincent (de Lyon) a pratiqué la cholécystotomie dans un cas de dilatation considérable de la vésicule biliaire chez une petite fille de 8 ans 1/2, qui mourut d'hémorrhagie consécutive par ulcération du foie par les sutures.

M. le docteur Accolas (de Rennes) a pratiqué avec succès l'ouverture d'un abcès du foie par la méthode de Little, et M. S. Pozzi l'extirpation complète d'un kyste hydatique du foie.

Les hernies étranglées du cœcum sont assez rares; M. Jalaguier en a rencontré 2 cas, sur une série de 24 kélotomies; c'étaient des hernies inguinales droites, non congénitales, chez des hommes adultes.

M. Horteloup ayant échoué dans deux tentatives de suture d'un anus contre nature consécutif à une périty phlite suppurée, fit l'opération suivante : incision circulaire entre la muqueuse et le tissu cicatriciel; dissection de l'intestin; réunion des deux bouts par la suture entrecoupée avec du fil de soie phéniqué; suture isolée de la paroi abdominale. Cette suture est préférable à celle de Lembert, parce qu'elle permet d'éviter plus facilement le rétrécissement intestinal. Pour remédier à l'atonie intestinale qui survient quelquefois en pareil cas et peut amener un insuccès par météorisme, M. Horteloup fit prendre dès le lendemain des laxatifs légers.

A la suite de l'extirpation de l'extrémité inférieure du rectum, il reste parfois une incontinence des matières à laquelle M. Delorme conseille de remédier à l'aide d'une opération destinée à amener le rétrécissement de l'orifice anal; mais deux tentatives faites chez un malade n'ont abouti qu'à un insuccès de l'opération, qui cependant semb. rationnelle.

Membres. — Les résections pour ankylose sont des plus délicates à mener à bonne fin, puisque le but à obtenir est la reconstitution de la mobilité articulaire. Elles n'ont pu être tentées avec succès que depuis la vulgarisation de la méthode antiseptique.

---

l'empereur Frédéric III; le prince de Bismarck, qu'on croyait son adversaire, a été reçu à bras ouverts par le nouvel empereur, et, circonstance bizarre, les journaux de ces jours derniers annonçaient que le nouveau kronprinz, le prince Guillaume, le favori de Bismarck, était atteint d'une maladie d'oreilles pour laquelle on craignait d'être obligé de pratiquer une opération. Est-ce que le spectre fatal, *le Hasard* mystérieux, complice du chancelier, aurait versé dans cette oreille une contagieuse liqueur? Non, je ne puis croire à cette influence néfaste, à la nature criminelle de tous ces malheurs.

Pour l'empereur Frédéric en particulier, j'ai déjà dit dans ce feuilleton ce que j'en pensais; me suis-je trompé? Est-ce du cancer, comme les uns l'affirment, ou autre chose, comme je le pense? Les renseignements qui nous sont parvenus de tous côtés sur cette maladie sont si peu en harmonie avec les idées médicales, que l'on ne sait à quoi s'en tenir. Un jour, les feuilles profanes nous annoncent que, pour examiner plus facilement le larynx, on a dû enlever toutes les dents de la mâchoire inférieure! J'aime à croire que le prince avait un râtelier, et que le reporter qui a lancé cette nouvelle a mal vu par le trou de serrure à travers lequel il a assisté à l'opération. Une autre fois, on nous raconte que le docteur Kussmaul, après avoir déclaré que le prince impérial n'avait aucun organe respiratoire attaqué, avait cependant reconnu que la maladie avait fait d'énormes progrès et que le corps était intérieurement en complète décomposition. Le docteur Bergmann, d'après la même source, aurait également annoncé cette nouvelle à la princesse impériale.

Je me rallie plus volontiers à l'opinion du *Journal de Genève*. Les nouvelles de San-

M. Ollier l'a pratiquée avec succès chez plusieurs malades atteints d'ankylose du poignet, en sculptant pour ainsi dire un interstice articulaire entre le corps et les extrémités du cubitus et du radius, sans léser les vaisseaux, les nerfs ni les tendons; comme résultat, outre la mobilité, les opérés ont pu fermer la main, porter à bras tendu des haltères de 5, 10, 15 kilogr, et l'une d'elles a même pu jouer du piano.

Ces opérations ne peuvent évidemment être tentées que chez les sujets qui ne présentent aucune tare tuberculeuse et le traitement doit être absolument aseptique.

La résection du coude pour la même cause a été pratiquée également par M. Ollier, et l'un de ses élèves, M. Duzéa, en a exposé les indications, le manuel opératoire et les résultats. Il faut les pratiquer non seulement dans l'ankylose rectiligne, mais encore dans les cas d'ankylose imminente, ou d'ankylose à angle aigu, quand un certain degré de mobilité est plus utile au malade que l'état actuel de son membre ankylosé. Il faut enlever 5 ou 6 centimètres d'os, et, après la cicatrisation, traiter l'atrophie musculaire par l'électrisation.

Dans un cas de luxation ancienne de la rotule en dehors, avec impotence fonctionnelle considérable, M. J. Championnière voulut replacer l'os dans sa situation normale en creusant une cavité nouvelle à la face antérieure du condyle interne du fémur; la rotule fut maintenue en place pendant qu'on fermait la plaie par des sutures. Au dixième jour, la plaie était guérie et on commença à imprimer des mouvements à l'articulation. Les résultats définitifs ne sont pas encore connus.

La pseudarthrose du fémur est, pour M. Tillaux, causée le plus souvent par l'interposition d'un faisceau musculaire entre les fragments; par suite, il est inutile d'avoir recours à la résection de ces fragments et à leur suture, qui constituent de graves dangers; il est préférable, selon lui, de détruire seulement la bride musculaire, de rafraîchir les fragments, de drainer, de suturer les parties molles et d'appliquer l'extension continue. Cette opération a été pratiquée avec succès chez une femme de 66 ans, atteinte d'une pseudarthrose datant d'un an, et qui fut guérie en 70 jours.

Dans un cas de preudarthrose de l'humérus, consécutive à une fracture par arme à feu, il existait une paralysie du radial. M. Leprévost (du Havre) guérit la pseudarthrose après l'avivement et la suture des fragments osseux; mais le bout médullaire du radial n'ayant pu être retrouvé au voisinage de la fracture, le chirurgien alla le chercher dans l'aisselle et de là le suivit jusqu'à un point d'implantation sur la face interne du col. La suture des bouts divisés put alors être pratiquée, et, le lendemain de l'opération, la

---

Remo, dit ce journal, après avoir donné, pendant vingt-quatre heures, une lueur d'espoir, redeviennent plus inquiétantes; on appelle de nouveaux docteurs, on parle d'opérations nouvelles plus graves que les premières et les autorités médicales s'entendent moins que jamais. Ce sont là des signes fâcheux, il ne servirait à rien de le nier, sans que ce soient cependant les signes certains d'une fin prochaine. Rien ne prouve que cette constitution robuste ne finira pas par triompher d'un mal dont la nature n'est pas encore officiellement définie. Toutes les maladies ont leurs cas rares, leurs guérisons miraculeuses; pourquoi ne serions-nous pas ici en présence d'une de ces exceptions et pourquoi serait-il défendu d'espérer que cette existence si utile, si nécessaire même, sera conservée aux vœux unanimes de toute une génération?

Mais quel est ce mal et pourquoi est-il arrivé à un état si grave? Est-ce la faute du prince de Bismarck?

Non. D'après moi, c'est la faute de la mauvaise direction qu'a prise depuis plusieurs années déjà la chirurgie allemande. Vous croyez que c'est un paradoxe? Eh bien, suivez mon raisonnement.

Vous n'avez pas été certainement sans remarquer que, depuis longtemps déjà, la chirurgie allemande est purement opératoire. Notre cher maître, M. le professeur Verneuil, vous a dit cela, beaucoup mieux que je ne le saurais dire, dans son discours d'ouverture du Congrès de chirurgie. Or, qu'est-il arrivé? A force d'opérer sans faire de diagnostic, à tel point que l'incision exploratrice est devenue la seule méthode de diagnostic en chirurgie, on ne sait plus faire un diagnostic basé sur les

©BIU Santé

zone anesthésiée du radial avait recouvré une partie de sa sensibilité, mais, cinq mois après la suture, la mobilité n'avait pas encore reparu.

Pour redresser et de plus allonger les os atteints de courbure rachitique, M. Jeannel (de Toulouse) a pratiqué une opération qui consiste à sectionner l'os incurvé le plus obliquement possible, de façon à obtenir des fragments en biseau. Cela fait, les fragments étant entièrement libérés, on fait à la fois chevaucher et pivoter les deux fragments l'un sur l'autre, puis on immobilise exactement.

M. Kirmisson, dans un but contraire, a pratiqué une opération préconisée par M. Martel (de Saint-Malo), et qui consiste à réséquer le squelette pour le raccourcir et remédier ainsi à des pertes de substance des parties molles ; dans un cas, il réséqua les deux os de l'avant-bras, et dans l'autre, l'articulation tibio-tarsienne, à la suite de brûlures graves qui avaient déterminé des cicatrices profondes et étendues.

Nous ne pouvons mentionner que brièvement, malgré leur intérêt, les communications de M. Lebec, sur un cas de désarticulation de la hanche, pour un ostéosarcome suivi de récidive au bout de huit mois ; — M. Berthomier (de Moulins), sur le traitement des fractures du coude chez les enfants et les adolescents, par l'immobilisation en extension et supination ; — M. Picqué, sur un anévrysme spontané de la fémorale, traité avec succès par la ligature de l'iliaque externe, malgré la formation d'un abcès au voisinage du sac ; — M. Tachard, sur un appareil de transport applicable dans les ambulances, dans les cas de fracture du membre inférieur ; — M. Ch. Monod, sur un cas de greffe tendineuse du fléchisseur du pouce, pratiquée avec succès au moyen d'un tendon de lapin ; — M. Poncet (de Lyon), sur la pathogénie de l'ongle incarné, qui avait pour cause générale prédisposante, chez les adolescents, une hypertrophie des tissus périunguéaux avec atrophie de l'ongle ; — M. de Backer (de Roubaix), sur un stériliseur portatif destiné à désinfecter au moment de l'opération les instruments et les objets de pansements ; — M. J. Reverdin, sur l'emploi des sutures perdues dans quelques opérations plastiques ; — M. Ch. Monod, sur un cas de lymphangiome caverneux, à propos duquel il établit une distinction entre les lymphangiectasies et les lymphangiomes vrais, ces derniers étant si rares qu'il n'en connaît que trois cas ; — M. Doléris, sur le traitements des déplacements utérins ; — M. Berrut, sur la rétroversion utérine, sa réduction et sa contention ; — M. Paquelin, sur un appareil qu'il appelle éolipyle, construit sur le principe du thermo-cautère, et lançant une flamme d'une intensité calorique telle, qu'il fond l'argent, le cuivre et l'or ; — M. D. Mollière (de Lyon) a présenté aussi un appareil pour la réduction des luxations anciennes de l'épaule, et M. A. Reverdin, une série

---

phénomènes cliniques. Ce qui fait la force de la chirurgie française, l'enseignement clinique, est le point faible de la chirurgie allemande, et tandis que les traités de clinique chirurgicale abondent chez nous, Bardenheuer vient de publier à Berlin ou à Leipzig un énorme volume de 800 pages grand in-8° sur l'incision exploratrice ! (Explorativschnitt) O antisepsie ! que de crimes on a commis là-dedans en ton nom !

Donc, ne sachant plus porter un diagnostic d'après les phénomènes objectifs du mal, les médecins et chirurgiens allemands appelés à soigner le kronprinz, ont perdu un temps précieux à racler, à cautériser son larynx, à extirper et à examiner au microscope des fragments de tumeur ; et quels examens ! Sans parler de celui qui fit reconnaître dans un fragment, après des mensurations macro et micrométriques, des pesées au millième de milligramme près, des réactions chimiques multipliées, tous les caractères de cellules végétales qui entrent dans la composition d'un petit morceau de poire cuite égaré dans une des anfractuosités du larynx tuméfié et ulcéré !

Et pendant ce temps-là, le mal croissait toujours, et quand tout le monde a été d'avis qu'il fallait opérer, on n'a plus pu faire qu'une opération palliative, la trachéotomie.

***

Le *furor operativus* qu'on a pu reprocher aux chirurgiens allemands n'est pas une calomnie française, loin de là ; les Allemands eux-mêmes accusent leurs compatriotes de s'y laisser entraîner.

d'appareils fort ingénieux, dont un se rapporte à un perfectionnement de l'aiguille imaginée par M. J. Reverdin.

Organes génito-urinaires. — M. le professeur Guyon donne les indications générales suivantes du traitement chirurgical de la tuberculose de la vessie. « Il me semble qu'il ne faut intervenir que si le traitement général est sans action et si les lésions génitales sont discrètes et limitées. Quoique le meilleur résultat que j'aie obtenu se rapporte au cas où j'ai le moins agi, je reste disposé à gratter et à cautériser la vessie dans les cas de ce genre ; de nombreux exemples m'en ont démontré l'innocuité. L'iodoforme doit être utilisé en pansement, en évitant d'en mettre trop libéralement au contact de la plaie abdominale, qui est très absorbante. Enfin, lorsque la persistance de l'état douloureux oblige à intervenir, dans les cas de cystite tuberculeuse, c'est à la taille hypogastrique qu'il faut recourir ; mieux que la taille périnéale, elle calme la douleur, et mieux qu'elle surtout elle permet de modifier les lésions qui la tiennent sous leur dépendance. »

M. Guyon a exposé encore les perfectionnements apportés à l'opération et au pansement de la taille hypogastrique, en insistant sur ce fait que, si l'antisepsie est un auxiliaire indispensable, il ne faut pas oublier que l'absorption des antiseptiques à trop forte dose est un danger, et qu'il faut être plus aseptique qu'antiseptique.

Les corps étrangers de la vessie se feront toujours remarquer par leur bizarrerie ; M. Bazy a retiré chez une malade un calcul formé autour d'un paquet de fil de 5 à 6 mètres de long, et, chez une autre, une verge de porc.

M. Poncet (de Lyon) a pratiqué, dans 9 cas de rétrécissement avec induration fibreuse péri-uréthrale, la résection de l'urèthre, suivie de la suture des deux bouts. Les résultats lui semblent préférables à ceux de l'uréthrotomie externe, surtout dans les cas où l'on obtient la réunion par première intention.

Emploi de l'électrolyse en chirurgie. — M. le professeur Le Fort et M. L. Labbé ont préconisé son emploi dans le traitement des pseudarthroses ; mais ce moyen ne convient pas dans les pseudarthroses flottantes, et ne doit être employé que dans les cas où les fragments osseux ne sont séparés que par un peu de tissu fibreux.

MM. Schwartz et Redard (Paris) et Bories (de Montauban) y ont eu recours dans le traitement des tumeurs érectiles. Les deux premiers se sont servis de l'aiguille positive, le dernier des deux aiguilles à la fois ; tous trois ont obtenu de bons résultats.

M. Danion (de Paris) a traité les tumeurs blanches par l'emploi combiné de l'électricité

Par exemple, dans le *Centralblatt für Gynækologie* de 1887 (23 avril, p. 265), le docteur C.-H. Stratz critique rudement le docteur Frank (de Cologne), et le déclare atteint de cette manie pour avoir pratiqué 16 fois l'extirpation de l'utérus pour les affections suivantes : 5 fois, carcinome ; 1 fois, fibrome ; 4 fois, endométrite ; 3 fois, rétroflexion ou rétroversion avec adhérences ; 2 fois, prolapsus ; dans ces derniers, l'affection était compliquée 1 fois d'endométrite, 1 fois de névralgie et 1 fois de prurit utérin. Ces indications sont loin de paraître suffisantes à M. Stratz, qui, en s'appuyant sur certains détails des observations publiées par M. Frank, en conclut que celui-ci n'a que des connaissances imparfaites en anatomie pathologique, pose un peu trop négligemment ses indications thérapeutiques, et met trop de hardiesse dans ses opérations ; celles-ci, d'ailleurs, sont mal faites, car souvent il restait un fragment plus ou moins volumineux de l'utérus, et le critique insinue que si dans ces 16 cas la mort n'est pas survenue, il ne serait pas impossible que Herr Frank n'ait pas publié tous les cas de sa pratique.

* * *

Je ne veux pas quitter l'Allemagne sans relever une erreur un peu trop forte que le professeur Lang (de Vienne), dont je parlais dans une précédente causerie, a laissé échapper dans une communication au Collège des médecins de cette ville sur la combinaison de la syphilis et du cancer.

M. Lang dit que, si on en excepte quelques travaux anciens sans grande importance,

©BIU Santé

galvanique et faradique et les excellents effets qu'il en a retirés le portent à recommander ce moyen dans toutes les arthropathies.

Signalons, en terminant, une communication de M. le docteur Cerné (de Rouen) sur le diabète phosphatique, dont l'influence sur la production de lésions chirurgicales lui paraît analogue à celle du diabète sucré, mais d'un pronostic moins grave; il n'a guère constaté la phosphaturie que chez des sujets atteints d'affections osseuses. M. Verneuil a rappelé à ce propos l'alternance du diabète sucré avec la phosphaturie, signalée déjà par plusieurs auteurs, Teissier (de Lyon) entre autres, et qu'il observe actuellement chez un malade de son service.

L'utilité des grandes incisions dans les œdèmes charbonneux malins a été défendue par M. Pollosson (de Lyon) qui les combine avec des ponctions nombreuses et profondes au thermo-cautère. Ces grandes incisions permettent l'évacuation des bouillons de culture constitués par les liquides de l'œdème et l'application de substances antiseptiques.

Dans le comité secret qui a précédé la dernière séance du Congrès, il a été décidé ce qui suit :

1° Le vice-président d'une session passera, de droit, président de la session suivante;

2° A l'avenir, en dehors des questions mises à l'ordre du jour, il ne pourra être fait qu'une seule communication par auteur;

3° Toute communication qui aurait été publiée antérieurement au Congrès ne figurera que par son titre dans le volume du Congrès;

4° Le Congrès permanent d'organisation a été invité à réduire le nombre des grandes questions mises à l'ordre du jour, de façon à ce que les membres du Congrès étrangers à Paris puissent visiter le matin les services de chirurgie et voir opérer;

5° Par acclamation, ont été maintenus dans leurs fonctions : M. Pozzi, secrétaire général, et MM. Castex, Coudray, L.-H. Petit et Picqué, secrétaires.

Sur la proposition de M. le président Verneuil, le Congrès charge son bureau d'adresser ses compliments de condoléance à la famille de M. le docteur Balestreri (de Gênes), qui vient de succomber, et qui a fait don au Congrès d'une somme de 1,000 francs pour récompenser le meilleur travail sur le tétanos.

Le quatrième Congrès français de chirurgie sera ouvert à Paris, le premier lundi d'octobre 1889, sous la présidence de M. le baron Larrey et la vice-présidence de M. le professeur F. Guyon. — L.-H. Petit.

---

il n'y a guère à signaler sur ce sujet que les travaux importants de Hutchinson et de Langenbeck. Que M. Lang veuille bien se reporter à la discussion qui eut lieu à ce sujet au Congrès de Londres en 1881, à la thèse de M. Ozenne soutenue à Paris en 1883 et au cinquième volume des *Mémoires de chirurgie* de M. Verneuil, et il verra que notre excellent maître n'avait pas tort de déclarer au récent Congrès de chirurgie que si notre science était si méprisée à l'étranger, c'est qu'elle n'y était pas connue.

Simplissime.

Potion contre le tænia. — Bellom.

Graines de courge mondées.....	50 à 60 grammes.
Sucre blanc pulvérisé.....	20 à 30 —
Eau.....	150 grammes.

On débarrasse la graine de courge de son enveloppe cornée, en respectant l'endosperme et l'embryon; et on en fait une émulsion, qu'on administre en une fois, le matin à jeun. Cette potion ne provoque ni nausées, ni vomissements, à peine quelques coliques au bout de deux ou trois heures; aussi peut-on en répéter l'usage plusieurs jours de suite, en cas d'échec. — L'émulsion de graines de courge produit ordinairement une ou deux selles cinq ou six heures après l'ingestion. On a plus de chances d'expulser le tænia en faisant prendre 30 à 40 grammes d'huile de ricin deux ou trois heures après l'administration de la potion. — N. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 19 mars 1888.

Pseudo-tuberculose bacillaire, par MM. Charrin et Roger. — A l'autopsie d'un cobaye mort spontanément au laboratoire de M. le professeur Bouchard, ces observateurs ont trouvé le foie et la rate remplis de granulations analogues à celles de la tuberculose. De ces organes, ils ont isolé un petit bacille mobile qui se développe facilement sur la gélatine, l'agar, la pomme de terre, mais il ne liquéfie pas la gélatine. Il ne se développe pas dans les milieux glycérinés qu'on emploie habituellement pour la culture du bacille de Koch.

Inoculé sous la peau du lapin, ce bacille produit une tumeur locale, bientôt suivie d'adénopathie. L'animal maigrit et succombe vers le treizième jour ; l'autopsie montre, dans tous les cas, des granulations nombreuses dans le foie et la rate, et, dans un cinquième des cas, des granulations semblables dans les reins et les poumons. Les lésions sont identiques quand l'inoculation a été faite dans le péritoine ; jamais, dans ce cas, on n'a observé de lésions de cette séreuse.

Quand on pousse l'injection dans la plèvre, on voit parfois se développer une pleurésie séro-fibrineuse, reconnaissable, pendant la vie, à la dyspnée violente que présente l'animal et à la matité que donne d'un côté la percussion du thorax ; à l'autopsie, on trouve les lésions habituelles du foie et de la rate.

Mêmes lésions aussi en inoculant le bacille dans les centres nerveux ou dans la chambre antérieure ; dans ce dernier cas on observe la production d'abondantes fausses membranes et de granulations qui envahissent l'iris et peuventmême gagner la sclérotique et se faire jour au dehors.

L'inoculation intra-veineuse détermine la production de pseudo-tubercules, quand la dose injectée ne dépasse pas une ou deux gouttes ; si elle atteint 0,5 à 1 c. c., la mort survient en deux ou trois jours et l'autopsie ne montre aucune lésion viscérale ; mais les ensemencements permettent de retrouver dans les viscères le bacille caractéristique.

Chez le cobaye, à la suite de l'inoculation sous-cutanée, les lésions sont identiques à celles qu'on observe chez le lapin. Mais dans quelques cas surtout, si le microbe a été introduit dans le péritoine, on ne trouve pas de granulations ; la maladie se caractérise anatomiquement par d'abondants dépôts fibrineux qui entourent le foie et la rate d'une sorte de fausse membrane facile à détacher. Aussi pouvait-on croire qu'on a affaire à une affection différente, si l'on ne voyait la culture faite avec les fausses membranes donner naissance au même bacille qui, inoculé au lapin ou même au cobaye, détermine aussitôt la production de granulations miliaires. Il semble que, chez le cobaye, la maladie ait une tendance à donner des lésions locales ; quatre fois sur sept, l'inoculation intra-pleurale n'a amené pour toute lésion qu'un épanchement séreux.

Ce microbe est pathogène pour la souris, tandis qu'il reste sans action sur le chien, le chat et l'âne.

D'après les caractères indiqués, il est facile de reconnaître que cette maladie diffère complètement de la tuberculose et de la morve. Elle doit prendre place dans le groupe des pseudo-tuberculoses, mais diffère de toutes celles décrites jusqu'ici. Sans parler des fausses tuberculoses produites par les œufs de différents nématodes ou par l'aspergillus-glaucus, MM. Charrin et Roger citent la tuberculose zoogléique de Malassez et Vignal, et la pseudo-tuberculose d'Eberth. Dans la première maladie la nature différente de l'agent pathogène, et dans les deux cas les caractères tirés de l'examen histologique permettent de reconaître que la maladie que décrivent les présentateurs diffère de ces pseudo-tuberculoses.

La maladie, découverte par MM. Charrin et Roger, comme celle de Malassez et Vignal, est inoculable en série. Ce caractère ne peut donc être invoqué pour affirmer la nature tuberculeuse d'une maladie ; il indique seulement sa nature parasitaire.

Sur les éléments figurés du sang leucocythémique, par M. Mayet. — Les trois ordres de

©BIU Santé

globules blancs, décrits par les observateurs antérieurs dans le sang des sujets atteints de leucocythémie splénique, présentent quelques particularités de formes et de constitution qui n'ont pas encore été notées.

Ceux du premier type, les globules hyalins, sont tellement transparents que, dans les préparations microscopiques non traitées par les réactifs colorants, beaucoup d'entre eux sont à peine visibles. Ils sont tellement peu consistants qu'ils changent de forme par les moindres actions mécaniques, et surtout quand ils sont pressés les uns contre les autres. Ils ne contiennent aucune ou très peu de granulations. Ils jouissent d'une activité amiboïde très faible ou nulle quand on les observe entre 37° et 40°. Leur taille, quoique très variable (de 6 μ à 18 μ), est en général grande. Ils représentent les 7 ou 8 dixièmes du nombre total des leucocytes. Ce sont des éléments embryonnaires qui n'ont pu arriver à l'organisation normale.

Ceux du deuxième type, à granulations teintées par l'éosine, en général de volume moindre, beaucoup plus denses, doués d'une contractilité amiboïde énergique, qui sont en nombre relativement faible, sont ceux qui ont pu arriver à une constitution analogue ou semblable à la normale.

Le troisième type, éléments à granulations graisseuses prédominantes de nombre, décélées par la couleur noir par l'acide osmique, sont en régression et ont perdu leur vitalité.

Entre ces types évolutifs divers existent des intermédiaires nombreux. Les éléments nucléés à hémoglobine, qu'on trouve en très petit nombre, ne sont que des leucocytes ayant englobé et comme avalé des hématies. Celles-ci, réduites de nombre, sont absolument normales. Les hématoblastes normaux sont augmentés de nombre. Il n'existe aucun type intermédiaire justifiant la théorie de la transformation des globules blancs en hématies.

La maladie est essentiellement caractérisée par l'hyperproduction, dans les organes lymphoïdes de la rate, de leucocytes embryonnaires, dont une petite partie seulement peut acquérir les propriétés normales.

Il existe, en outre, dans le sang des éléments sphériques, très petits, moins transparents que les hématoblastes, qui paraissent être des micro-organismes ou des spores. L'expérimentation pourra seule déterminer ultérieurement leur véritable nature.

Recherches expérimentales sur l'intoxication chronique par l'alcool, par MM. A. Mairet et Combemale. — Ces messieurs ont institué une série de recherches expérimentales sur des chiens jeunes, robustes, intelligents, sans tare aucune.

L'alcool, calculé toujours absolu, était étendu d'environ dix fois son poids d'eau et introduit deux fois par jour dans l'estomac, à l'aide de la sonde œsophagienne. Les doses, d'abord faibles, ont été progressivement augmentées et portées exceptionnellement et passagèrement jusqu'à 8 et 10 grammes par kilogramme du poids du corps, la dose moyenne étant de 5 à 6 grammes.

De ces nouvelles recherches, il résulte que l'intoxication chronique par l'alcool donne lieu chez le chien à des poussées délirantes, caractérisées plus particulièrement par des idées de peur avec hallucinations pouvant porter sur divers sens. A ces symptômes, qui marquent généralement le début des troubles psychiques, s'ajoutent bientôt de l'affaiblissement intellectuel et des troubles musculaires d'ordre ataxique et paralytique, qui débutent par l'arrière-train, ou mieux peut-être qui ont leur maximum au début dans cette région, et qui se généralisent rapidement comme dans la paralysie générale. A l'autopsie, on retrouve les lésions principales qui caractérisent cette dernière maladie : inflammation diffuse méningo-encéphalique et dilatations vasculaires des centres cérébraux.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 10 mars 1888. — Présidence de M. de Ranse.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues habituels; — la *Bourboule actuelle*, par M. le docteur Nicolas, Paris, 1888; — les *Courants de la polarité dans l'aimant et dans*

le corps humain, par le docteur Chazarain, Paris, 1887; — le *Congrès international d'hydrologie de Biarritz*, 1re session, 1886, envoyé par M. Durand-Fardel, président du Congrès;

Circulaire du ministère de l'instruction publique, annonçant que le Congrès des Sociétés savantes s'ouvrira le 22 mai au ministère et invitant la Société à s'y faire représenter, et à désigner, avant le 25 avril, le nom des délégués, et le titre des communications écrites ou verbales qu'ils voudraient faire;

Circulaire du Comité d'études du palais des Sociétés savantes, engageant les différentes Sociétés à y transporter leur siège (Renvoi à une commission composée de MM. de Beauvais, Perrin et Reliquet); — de M. Luc, une brochure sur l'*ozène trachéal*.

Correspondance manuscrite. — Lettres d'excuses de MM. Dehenne et Horteloup.

PRÉSENTATION D'OUVRAGES.

M. DE BEAUVAIS : J'ai l'honneur de présenter à la Société de médecine de Paris un volume intitulé : *La variole et le croup à Montluçon*. Il est dû à la plume alerte et humouristique de notre infatigable correspondant, M. le docteur Dechaux, médecin en chef de l'hôpital de Montluçon et de nombreuses usines, lauréat de l'Académie de médecine et de l'Institut.

Fidèle à la tradition ancienne et conséquent avec les doctrines qu'il a exposées dans son dernier ouvrage, *La saignée d'Hippocrate*, l'auteur recommande avec conviction les émissions sanguines générales ou locales dans certaines formes inflammatoires de varioles graves, voire même dans des cas de croup confirmé.

Il cite, à l'appui, des observations probantes chez les 368 varioleux qu'il a soignés de 1886 à 1887, et chez 12 enfants atteints de croup.

Malgré son âge, le docteur Dechaux, plein de vigueur, animé d'une foi ardente, pousse le zèle et le dévouement professionnels jusqu'à l'héroïsme. C'est ainsi qu'il n'a pas hésité à pratiquer l'extraction d'un placenta retenu dans l'utérus, après l'accouchement, chez une malheureuse ouvrière atteinte d'une variole confluente mortelle, et dont la vulve était couverte de pustules en pleine suppuration.

Malgré sa témérité humanitaire, M. Dechaux a eu le bonheur d'échapper aux dangers d'une contagion vraiment redoutable. Nos sincères félicitations à notre courageux et dévoué confrère.

M. TROUSSEAU : J'ai l'honneur d'offrir à la Société, au nom du docteur Fieuzal, le premier fascicule des *Annales du laboratoire de l'hospice national des Quinze-Vingts*. Cet ouvrage qui paraîtra régulièrement par monographies complètes au point de vue clinique, anatomo-pathologique et histologique, a pour but de faire profiter le public ophthalmologique de la superbe collection de pièces classées au laboratoire annexé à la Clinique nationale. Pour mener à bien cette œuvre importante, le docteur Fieuzal s'est adjoint le docteur Haensell dont la compétence spéciale est connue de tous. J'ai tenu à appeler l'attention de mes collègues sur ce premier volume consacré au leucosarcome du corps ciliaire et dans lequel se trouvent de fort belles planches dessinées par Karmanski.

— M. LE PRÉSIDENT lit le résumé présenté par M. le trésorier au conseil d'administration, de la gestion financière pendant l'année 1887-88.

Des remerciements unanimes sont votés à M. Perrin, trésorier, ainsi qu'à M. Richelot, rédacteur en chef de l'*Union médicale*, organe de la Société.

M. le Président proclame deux vacances de membre titulaire.

— M. BERGERON lit un travail sur le traitement de la phthisie pulmonaire par les inhalations d'acide fluorhydrique; il fait fonctionner devant ses collègues l'appareil instrumental dont il se sert. (Le mémoire sera publié.)

M. DUROZIEZ : Puisque les ouvriers qui travaillent dans les ateliers de gravure sur verre se trouvent bien des conditions dans lesquelles ils vivent, pourquoi ne pas placer les malades dans des conditions semblables, au lieu d'imaginer un appareil instrumental compliqué?

©BIU Santé

M. Bergeron : L'appareil que j'ai imaginé est commode, et permet de doser le médicament, ce qui vaut mieux que d'agir au hasard. D'ailleurs, les ouvriers, dans les ateliers, respirent moins d'acide fluorhydrique qu'on ne le croit, ce corps étant très lourd et tombant sur le sol.

M. de Beauvais : Que pense notre collègue du fluorure d'ammonium que l'on veut substituer aux inhalations d'acide fluorhydrique? L'un peut-il remplacer l'autre? Ce serait avantageux, puisque l'appareil de M. Bergeron ne laisse pas que d'être assez compliqué.

M. Bergeron : Je n'ai aucune expérience à cet égard; cependant il doit y avoir une différence. Dans les inhalations, le médicament agit peut-être comme désinfectant, comme pansement des bronches.

M. de Beauvais : M. Hérard croit que c'est un antibacillaire, ce qui est bien différent. Il atteindrait le bacille dans sa vitalité et le détruirait. M. Bergeron a-t-il eu, avec son médicament, des résultats bien probants dans la diphthérie?

M. Bergeron : Certainement, ainsi d'ailleurs que d'autres confrères.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

En janvier dernier a eu lieu, à Lima, un Congrès d'hygiène auquel ont pris part les délégués du Pérou, de la Bolivie, de l'Equateur et du Chili.

— C'est le docteur Duhrssen qui remplace le docteur Wyder à la Clinique obstétricale de l'Université de Berlin.

Nécrologie. — Vient de mourir, à Bâle, le docteur Baader, rédacteur de la *Correspondenzblatt*, le journal médical suisse bien connu.

— D'après la statisque générale, donnée par le *Bulletin officiel d'hygiène de Berlin* du 6 mars, la diphthérie et le croup auraient fait pendant le mois de février dernier moins de victimes que pendant le mois de janvier. Voici les chiffres fournis par les plus grandes villes des deux continents :

Berlin 85 décès contre (140) le précédent mois, Breslau 58 (64), Königsberg 26 (20), Munich 24 (26), Dresde 23 (30), Hambourg 29 (33), Saragosse 38 (39), Baltimore 28 (39), Boston 48 (55), Brooklyn 207 (185), Chicago 151 (165), Cincinnati 27 (33), Minneapolis 28 (30), Montréal 90 (112), Nouvelle-Orléans 24 (31), New-York 315 (279), San Francisco 27 (29), Saint-Louis 161 (167).

Sauf Brooklyn et New-York, toutes les villes citées accusent une diminution dans le nombre des décès. — Ch. S.

COURRIER

Société médico-pratique. — Séance du 26 mars 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Gautrelet : Contribution à la séméiologie urinaire; traduction graphique des résultats analytiques. — 2. M. Cadier : Cas de contagion de la tuberculose laryngée entre conjoints. — 3. M. Cadet de Gassicourt : Du traitement de la pleurésie purulente chez les enfants.

Les enfants débiles, les convalescents reprennent rapidement leurs forces sous l'influence du **VIN DE BAYARD** à la peptone phosphatée. 1 à 2 cuillerées aux repas.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Ch. Bouchard : Leçon d'ouverture du cours de pathologie et de thérapeutique générales. — II. Bibliothèque : Cours d'accouchements donné à la Maternité de Liège. — III. Revue des journaux : Théorie du diabète. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier.

Leçon d'ouverture du cours de pathologie et de thérapeutique générales

Par le professeur Ch. Bouchard.

M. Bouchard a traité déjà, il y a quatre ans, la thérapeutique des maladies chroniques; mais il a surtout étudié alors les diathèses et le traitement des maladies diathésiques. Or, beaucoup de maladies chroniques ne sont pas diathésiques; il en est un bon nombre qui reconnaissent pour causes des agents infectieux, et dont l'étude fournira au professeur l'occasion d'agiter certaines questions de thérapeutique à la fois spéciale et générale. Avant d'entrer dans son sujet, le professeur croit utile de tracer les lignes générales de son enseignement et de montrer comment le cours qu'il va entreprendre s'enchaîne à ses cours antérieurs.

M. Bouchard a défini autrefois la maladie : c'est l'ensemble des *actes* fonctionnels et, secondairement, des *lésions* anatomiques qui se produisent dans l'organisme à la fois *subissant une cause* morbifique et *réagissant* contre elle. Ce dernier mot assigne à la réaction vitale une place légitime dans les actes de la maladie, tout en évitant l'exagération des écoles médicales qui ne voyaient dans la maladie que l'effort curateur.

Nature médicatrice, effort curateur, tendance naturelle à la guérison, travail de réparation, évolution naturelle, sous quelque nom qu'on la proclame ou qu'on la dissimule, la réaction vitale est une réalité. Il est peu de causes morbifiques qui n'éveillent pas dans le système nerveux un réflexe, dont le résultat est de modifier de telle sorte le fonctionnement des grands appareils, qu'il en résulte une protection pour l'organisme total et une assistance pour la partie lésée. Et même, sans que le système nerveux intervienne, la réaction peut se produire directement dans les parties élémentaires au lieu même de l'application de la cause, dans les cellules du tissu lésé.

Que la cornée soit énervée par une incision circulaire portant sur la moitié de son épaisseur, toute communication avec le reste de l'organisme par les nerfs étant interrompue, il n'y a plus à tenir compte de la réaction nerveuse. Si alors on cautérise légèrement le centre de cette cornée, on éveille cependant la susceptibilité de son tissu; on voit les cellules autour du point cautérisé se gonfler et se multiplier; on assiste à un travail réactionnel autonome qui aboutit à l'élimination de la partie mortifiée et assure la cicatrisation.

Les réactions générales et locales ne sont pas toutes salutaires; si une syncope provoquée par une hémorrhagie a ses avantages, on ne discerne pas l'utilité de la syncope ou de l'accès éclamptique provoqués par des

©BIU Santé

vers intestinaux. Il n'en est pas moins vrai que, dans les maladies, on peut souvent soupçonner l'ébauche ou voir clairement la manifestation évidente de réflexes coordonnés, synergiques ou de réactions locales qui, suivant la formule usitée lorsque la doctrine des causes finales jouissait d'un plus grand crédit, ont pour *but* de ramener l'état normal ou, comme nous disons aujourd'hui, ont pour *effet* de rétablir la santé.

Supposez que les désordres anatomiques ou les perturbations fonctionnelles résultant de la cause morbifique soient trop considérables, l'effort curateur sera insuffisant; ce n'est plus la guérison, c'est la mort qui terminera la maladie. Mais il est des cas où la maladie ne semble procéder ni vers la guérison ni vers la mort. Ce n'est pas que la nature médicatrice sommeille, ses efforts peuvent encore être manifestes, mais il sont contrebalancés par la *permanence de la cause*. Car s'il y a des causes morbifiques passagères, comme le coup de soleil, qui disparaissent immédiatement laissant l'organisme travailler librement à la réparation, et c'est le cas des maladies aiguës, il y a aussi des causes permanentes : ce sont elles qui font les maladies chroniques.

Cette cause permanente, qui fait qu'une maladie est chronique, ce peut être le reliquat définitif d'une maladie relativement guérie; ce peut être une lésion valvulaire, une sténose pylorique. Vainement, dans ces cas, les différents appareils fonctionneront aussi activement que possible et s'adapteront en quelque sorte aux conditions nouvelles de l'organisme pour rendre moins fâcheuses les conséquences de l'infirmité locale.

Cette cause morbifique permanente peut être encore un trouble permanent de la nutrition, ce qu'on appelle une diathèse : par exemple l'économie peut être devenue incapable de consommer en un temps donné tout le sucre qui s'y forme normalement dans le même temps; le sucre non utilisé s'accumule, l'hyperglycémie a pour conséquence la glycosurie, le diabète est constitué. Dans ce cas, l'économie fait bien effort pour se débarrasser de la cause morbifique, et la glycosurie traduit cet effort curateur sans lequel l'homme hyperglycémique serait empoisonné en quelques heures.

Mais parmi les causes permanentes qui s'opposent à la guérison spontanée, qui font que la maladie n'a pas tendance à guérir, ou plutôt que les efforts de l'organisme vers la guérison restent infructueux, il faut ranger des *agents animés*.

Ce sont les organismes végétaux microscopiques qui, après s'être implantés dans l'économie, s'y multiplient, s'y répandent. Parmi ces hôtes imposés, hostiles, envahissants, il en est qui ne peuvent avoir dans le corps des animaux vivants qu'une existence éphémère, ils n'y provoquent que des maladies aiguës. D'autres, engendrant indéfiniment de nouveaux être semblables à eux, persistent dans l'économie, non comme individus, mais comme espèces.

Il semble que l'organisme vivant, grâce à son incessante rénovation, soit pour eux un milieu éminemment favorable, puisant à l'extérieur les matériaux nutritifs nécessaires à leur développement, détruisant ou éliminant ceux de leurs produits dont l'accumulation pourrait entraver leur pullulation. Ce sont ces microbes-là qui provoquent les maladies chroniques.

Est-il nécessaire, continue M. Bouchard, de se dépenser en nouveaux efforts pour démontrer la réalité de cette conception pathogénique des

maladies infectieuses, de celles que l'on nommait hier encore les maladies miasmatiques et les maladie virulentes?

Je ne le crois pas. Vous appartenez tous à cette génération heureuse qui pourra se glorifier d'avoir assisté à la naissance de la doctrine, d'avoir suivi les péripéties de ses luttes et d'avoir applaudi à son triomphe. Peut-être quelques-uns trouvent-ils que les résistances opposées à la doctrine nouvelle ont été trop opiniâtres et les conversions trop rétives? Il faut être plus équitable. Peu de grandes découvertes ont eu une telle fortune. Harvey avait découvert la circulation du sang en 1619, et, en 1700, l'Académie des sciences écoutait encore les dissertations de Méry sur le trou ovale qui n'étaient qu'une critique de l'œuvre du grand physiologiste. Je n'irai pas, pour cela, accuser l'Académie d'être rétrograde ni protester contre l'honneur qu'on a fait récemment à Méry en rééditant ses œuvres. La postérité rendra justice à notre époque et admirera que la révolution accomplie en médecine par l'œuvre de M. Pasteur ait pu se faire accepter universellement en si peu d'années.

Cette découverte a-t-elle quelques corollaires thérapeutiques? Plusieurs l'ont espéré, beaucoup l'ont nié, quelques-uns sont restés fidèles à leurs espérances.

Pour la chirurgie du moins, nul doute; si l'état lamentable où nous l'avons vue, il y a peu d'années, a fait place à une période si brillante, c'est qu'elle a su appliquer à son profit les doctrines pathogéniques nouvelles. C'est d'abord, il est vrai, de la prophylaxie que la chirurgie a faite en mettant si bien ses opérés à l'abri des germes que toute mort opératoire est imputable au chirurgien. Mais la chirurgie et la médecine s'attaquent aussi aux infections réalisées.

Rappellerai-je les progrès faits dans la thérapeutique des teignes depuis que Bazin a montré la nécessité d'enlever par l'épilation l'agent parasitaire avec le cheveu qu'il a infecté? — Parlerai-je de la transformation accomplie dans le traitement du lupus? Le temps n'est pas si éloigné où cette maladie était réputée incurable; le malheureux qui en était atteint traînait depuis l'enfance une vie misérable, objet de dégoût pour les autres et pour lui-même, hideusement défiguré, jusqu'au jour où la phthisie venait mettre un terme à son long supplice. Aujourd'hui on sait faire la thérapeutique locale du lupus, on agit par les scarifications, le curage, les applications locales de substances antiseptiques; on détruit sur place le germe morbifique, on l'empêche de se généraliser, on prévient les récidives qui suivaient toujours de si près autrefois d'apparentes guérisons.

Songez à ce qui est arrivé pour les abcès. Chassaignac, avant même de connaître et de comprendre ce qui cause et entretient les abcès, mais avec cette divination qui caractérise les hommes de génie, enseigne que, par le drainage, par un ensemble de mesures ingénieuses, on peut, en empêchant la stagnation du pus, prévenir les fermentations secondaires qui s'accomplissent dans les cavités suppurantes et qui aboutissent à l'intoxication ou à l'infection de tout l'organisme.

Nous savons aujourd'hui guérir les abcès froids, les gommes tuberculeuses. On ne peut se rappeler sans étonnement la dépense inutile et considérable de médicaments qu'on faisait jadis pour essayer de guérir ces maladies locales par des traitements généraux; que d'iodures, d'huile de foie de morue, d'amers et de toniques on faisait, sans succès, absorber aux malades, alors qu'aujourd'hui on fait avec tant de bonheur

©BIU Santé

l'incision et le curage de ces abcès, ainsi que la destruction ou l'ablation des ganglions tuberculeux. Les tuberculoses osseuses sont guéries par la rugination, l'évidement des os, et l'application de pansements à l'iodoforme sur les points ainsi débarrassés des germes morbides amène rapidement la guérison.

Ces progrès ne vous paraissent peut-être pas aussi surprenants qu'ils le sont en réalité, parce qu'ils se sont accomplis sous vos yeux et si vite; il faut pour en apprécier toute la grandeur avoir pu, comme les hommes de ma génération, avoir connu un état de choses si différent.

Et que de hardiesses nouvelles! Les péritonites par perforation étaient considérées, il n'y a pas longtemps, comme des accidents au-dessus des ressources de l'art. Voici qu'on se décide à examiner le siège du mal; on ouvre l'abdomen, on le nettoye, on reconnaît le siège de la perforation, on y place une suture, on fait le pansement, la toilette du péritoine et, la cause du mal étant supprimée, on guérit le malade.

On agit de même pour la plèvre suppurante, pour les cavités normales ou accidentelles dans lesquelles existe une cause d'infection.

Ce qui se passe pour le cancer n'est-il pas aussi instructif? On nous a dit hier qu'il était le résultat d'une infection et on le démontrera peut-être demain; mais on agit déjà comme s'il l'était. La semaine dernière, au Congrès de chirurgie, les orateurs étaient d'accord pour déclarer qu'il faut opérer de façon hâtive, avant la fin du deuxième mois, enlever la totalité de l'organe malade et au delà, énucléer les ganglions malades et même ceux qui paraissent sains, parce qu'on sait que c'est par la voie lymphatique que le mal se propage. On n'a pas vu le microbe, et déjà on se conduit comme s'il y en avait un. Voilà quelle est la conséquence des doctrines pathogéniques nouvelles. Je ne puis savoir, pour le cancer, si la conduite adoptée est la meilleure, le temps seul jugera la question; mais je sais que toutes ces autres interventions dont j'ai parlé ont marqué un progrès considérable en thérapeutique et que les résultats ainsi obtenus déposent unanimement en faveur de l'excellence d'une thérapeutique locale. Toutes les fois qu'on peut faire le traitement local, on a chance de guérir ce qui ne guérissait pas.

Or, remarquez que plus de la moitié des maladies pour lesquelles j'ai montré l'utilité du traitement local sont des maladies internes, ce que nous appelions des maladies médicales; elles deviennent ainsi des maladies chirurgicales; c'est-à-dire des maladies que le traitement général ne guérit pas et qui guérissent avec le traitement local, des maladies qui résistent au médecin et qui cèdent au chirurgien. Ainsi, le départ des maladies entre la médecine et la chirurgie tel qu'on le concevait autrefois subit une modification profonde. Le chirurgien n'avait à soigner autrefois que les traumatismes et les maladies des parties extérieures ou superficielles. Il y a longtemps qu'un barbier hardi s'est emparé de la vessie; la chirurgie ne s'occupait des viscères que lorsqu'une hernie les rendait superficiels; aujourd'hui elle va les saisir dans la profondeur des cavités. Son domaine s'étend parce que l'antisepsie a presque supprimé les limites de son action, parce qu'elle arrive à porter partout le remède sur le siège du mal. Tout ce qu'il devient possible de traiter localement devient chirurgical.

Cette évolution singulière, la pathologie générale la constate et ne la regrette pas.

Mais que les médecins y prennent garde; je me demande s'ils n'ont pas

à se préoccuper de cet état de choses et si l'enseignement ne doit pas tenir compte de cette situation nouvelle.

Quand toutes les maladies tendent à devenir chirurgicales, il serait bon que le médecin devînt un peu chirurgien. Le vrai médecin, demain, ce sera le chirurgien; car le chirurgien possède tous les secrets de son ancien domaine, auquel vous avez voulu rester étrangers; de plus, appelé à traiter les maladies que vous aviez cru vous réserver, il a appris à les connaître. Il les diagnostique peut-être avec plus de précision. Il n'a plus besoin de votre assistance pour reconnaître l'hydro-néphrose, les pyélites calculeuses, les tumeurs du rein; il différencie aussi bien que vous le kyste hydatique du cancer du foie et de la cirrhose hypertrophique; les épanchements pleuraux lui sont familiers, même les épanchements péricardiques. Il délimite les cavernes pulmonaires et détermine leur nature. Il excelle à diagnostiquer exactement une lésion intra-crânienne dans les cas d'épilepsie jacksonnienne. En quoi le chirurgien va-t-il donc différer du médecin? En un point : il est adroit de ses mains et vous vous obstinez à rester maladroits. Il sait mieux que vous appliquer le traitement local dont il sait, comme vous, poser les indications. Ne m'objectez pas que, le moment venu, vous ferez appel au chirurgien. Savoir et être incapable d'agir, c'est souvent n'avoir qu'une science stérile.

Je suis persuadé que, dans nos services hospitaliers, il y a une différence dans la mortalité par pleurésie purulente, suivant que le chef du service est un médecin qui pratique lui-même l'empyème ou un médecin qui s'adresse au chirurgien. Tous deux reconnaissent le moment où l'intervention s'impose; le premier l'exécute, le second envoie prier le chirurgien, qui est occupé ou qui est parti. Le chirurgien vient le lendemain, mais quelquefois le malade est mort.

Jugez de ce qui peut se passer pour les médecins qui pratiquent loin des grands centres. Il est encore beaucoup de médecins qui hésitent à pratiquer une simple thoracenthèse; quand le moment d'agir est venu, ils n'osent pas, ils temporisent, ils comptent sur une modification favorable dans l'évolution de la maladie, ils conseillent un nouveau vésicatoire, ils reviennent et font une injection d'éther; ils laissent passer le moment opportun, ce moment qui ne revient jamais. Et pourquoi? Par inhabileté à faire le traitement local.

Je ne fais aucune difficulté à confesser que je fais en ce moment ma propre critique, et que ce que je reproche à autrui se retourne contre moi; je ne puis refaire mon éducation au point de vue chirurgical; mais vous qui le pouvez encore, écoutez ce qui m'est arrivé dans deux circonstances dont le rapprochement est instructif.

Il y a quelque temps, se trouvait dans mon service un adolescent atteint de fièvre typhoïde; au déclin de la maladie, je constatai vers l'extrémité inférieure du fémur, au niveau du cartilage de conjugaison, une douleur spontanée, augmentée par la pression avec tuméfaction profonde; je diagnostiquai, comme je le devais, une ostéomyélite qui, suivant la règle dans ces conditions, devant être purulente et à marche rapide, nécessitait la trépanation de l'os malade. J'ai fait demander un chirurgien qui, après avoir un peu tardé à venir, a demandé que le malade fût transféré dans son service. Voilà une humiliation pour moi; je sais ce qu'a ce malade, je sais ce qu'il faut faire pour le guérir, et je ne le puis, parce que mon éducation est incomplète. Mon malade me fut donc enlevé, mais je fis entendre les dernières

©BIU Santé

paroles médicales en disant que l'opération devait être faite le jour même sans délai. Cependant la trépanation ne fut pratiquée que le lendemain, alors que le malade avait une fièvre intense; et le chirurgien put constater que déjà une fusée purulente s'était produite dans toute la longueur de la diaphyse; l'issue fut fatale.

Par contre, dans une autre circonstance j'ai mieux réussi. Un homme était entré dans mon service ayant l'apparence d'un typhique; cependant, je constatai qu'il n'avait pas la fièvre typhoïde, mais un de ces états morbides que j'ai appelés pseudo-rhumatismes infectieux; il y avait du pus dans plusieurs jointures, une articulation sterno-claviculaire, une humérale, les deux tibio-fémorales et une coxo-fémorale; c'était, si vous le voulez, une infection purulente à déterminations articulaires. J'ai fait appel au chirurgien qui a bien voulu venir sur le champ et, à ma prière, ouvrir, laver et drainer successivement les articulations malades; nous n'en avons respecté qu'une seule, celle de la hanche, nous avons hésité par une timidité regrettable devant sa profondeur. Qu'est-il advenu? Ce malade a guéri complètement, il a conservé l'intégrité de toutes les articulations qui avaient été ouvertes et drainées; mais il lui est resté une ankylose de la hanche...., de sorte qu'à la rigueur cet homme serait en droit de me réclamer une pension alimentaire pour le dommage que lui a causé notre timidité.

Je me suis laissé entraîner à une digression; de ce qui précède, je ne retiendrai qu'un vœu : c'est que les médecins soient exercés à pratiquer les opérations d'urgence, — et une conclusion : c'est que les principaux progrès accomplis en thérapeutique sont relatifs à la thérapeutique locale, laquelle le plus souvent vise des maladies infectieuses locales ou localisées, parfois aiguës, souvent chroniques.

Ce sont ces maladies infectieuses chroniques dont je veux, cette année, déterminer les indications thérapeutiques.

J'aurais singulièrement défiguré ma pensée, si l'apologie que je viens de faire de la thérapeutique locale donnait à supposer que je répudie la thérapeutique générale ou que je la tiens en médiocre estime. Je sais ce que l'on peut faire avec le mercure, avec les iodures, avec les alcalins, avec le colchique, avec l'acide salicylique, avec le fer et l'arsenic; je ne cite que des médicaments curateurs, laissant de côté tous les agents de la thérapeutique physiologique et de la médecine palliative..... Je n'ai même pas nommé l'opium! Je sais aussi ce que l'on peut obtenir des agents de l'hygiène, des divers régimes diététiques d'abord, de l'aération et de toutes les formes de l'aérothérapie, de la balnéation et de tous les modes de l'hydrothérapie, des frictions, du massage, de la gymnastique. Ce sont des moyens qui suffisent pour la guérison de bien des maladies et sans lesquels la thérapeutique locale resterait souvent impuissante. Mais je n'insiste pas; ce sont précisément ces moyens de traitement qui ont fait l'objet de mon cours, il y a quatre ans.

J'aurai cependant à revenir sur certaines indications générales, de celles dont l'ensemble constitue ce qu'on est convenu d'appeler l'*antisepsie générale*.

C'est à l'antisepsie générale surtout que je pensais quand je faisais allusion tout à l'heure aux répugnances de tant d'hommes éminents à accepter que la notion du microbe est de nature à exercer une influence sur la direc-

tion de la thérapeutique. On admet bien encore la possibilité de faire quelques désinfections locales, celles de la peau, des abcès, du péritoine, des articulations. Mais combien sont-ils ceux qui tentent sincèrement la réalisation de l'antisepsie utérine? Combien sont-ils, au moins dans mon pays, ceux qui croient à l'antisepsie intestinale? Quant à l'antisepsie générale, c'est un rêve, une chimère, ou, comme on l'a dit pour me consoler, une illusion généreuse. C'était le sentiment presque unanime des expérimentateurs comme des cliniciens purs. On pouvait, il y a peu d'années, entendre les mêmes objections formulées presque dans les mêmes termes au laboratoire de physiologie de la Sorbonne, au laboratoire de pathologie comparée de cette Faculté et dans plusieurs de nos Cliniques : « Une substance toxique pour une cellule végétale de ferment sera toujours, et à plus forte raison, toxique, pour la cellule nerveuse humaine. » C'est l'argument fondamental, véritable fin de non-recevoir, que vous trouverez partout avec des variantes. Or, il y a des substances, et je vous le démontrerai, qui, à une dose déterminée, sont toxiques pour tel microbe et ne le sont pour aucune des cellules humaines.

J'allais oublier un argument, c'est l'argument des gens d'esprit : « Désormais, disent-ils, la maladie, c'est un homme aux prises avec un microbe. Tuez le microbe et tout est dit; c'est bien simple. » Eh bien, non, ce n'est pas si simple. Dire qu'il y a un microbe, admettre ou démontrer sa présence, cela suffisait ou pouvait sembler suffisant aux premiers jours de la doctrine ou dans les premières heures d'un enthousiasme juvénile. Nous ne faisons aucune difficulté pour reconnaître que ce n'est plus suffisant et que la médecine n'est pas devenue bien simple pour cela. Il nous faut toujours, comme avant, connaître l'organisme humain et ses réactions; il nous faut, de plus, connaître toute la biologie de chaque microbe qui peut être pathogène, telle que va vous l'enseigner notre nouveau collègue, M. Straus. C'est une connaissance qui s'ébauche à peine. Elle nous apportera des clartés, je n'en doute pas; elle ne sera malheureusement pas une simplification.

Ce que nous savons déjà, c'est que, pour venir en aide à un malade dans sa lutte contre un agent infectieux, il n'est pas nécessaire que nous arrivions à tuer ce microbe. L'organisme s'en charge, pourvu qu'il n'ait pas à lutter dans des conditions trop défavorables. Nous savons qu'il vient à bout d'un petit nombre de microbes, mais que sa résistance fléchit devant le grand nombre. Or, s'il nous est presque toujours impossible de tuer, sans danger pour le malade, les microbes dont il est l'habitat, il nous est possible et souvent facile d'influencer le nombre des microbes en ralentissant leur pullulation.

Nous savons que leur activité nuisible n'est pas une, qu'elle varie suivant les cultures et, pour une même culture, suivant les instants; nous avons même déterminé quelques-unes des conditions qui font varier cette virulence, le temps, la chaleur, la lumière, l'oxygène, cent corps divers.

Nous sommes en possession de moyens qui, sans toucher à leur vie, modifient la nutrition des microbes, leur croissance et leur multiplication, leur forme et leur fonction, exaltent, atténuent ou suppriment leur virulence d'une façon passagère ou d'une façon durable.

Nous savons que, si les microbes adaptent souvent à leurs besoins un milieu réfractaire, souvent aussi ils rendent réfractaire un milieu favorable, nous savons en quoi consiste cette action tutélaire, qui s'exerce par l'intermédiaire de matières solubles résultant de la vie des microbes... Déjà

©BIU Santé

nous savons tout cela, et l'on voudrait entraver, par un aphorisme dogmatique, les tentatives de ceux qui veulent utiliser dans un but thérapeutique notre puissance sur les microbes! Pour ma part, je ne puis me soumettre à cet interdit. J'ai pensé, au contraire, que le moment était venu de poser résolument la question et, si j'ai choisi cette année l'étude thérapeutique des maladies infectieuses chroniques, c'est parce qu'elles permettent de mieux juger la valeur de la thérapeutique antiseptique. » — P. L. G.

BIBLIOTHÈQUE

Cours d'accouchements donné a la Maternité de Liège, par le docteur Charles, Baillère, 1887.

Le docteur Charles vient de publier son cours. Les idées de notre honorable confrère s'écartent sensiblement de celles de la plupart des cliniciens. L'originalité a son prix, mais il faut s'en défier en médecine, et le vulgaire bon sens est la première qualité du praticien. Nous ne pouvons donc conseiller aux jeunes docteurs de prendre pour guide le docteur Charles; mais quiconque a fait de l'accouchement et de la grossesse une étude spéciale, lira avec curiosité le traité du docteur Charles. Si nous conseillons seulement à nos confrères fermement instruits la lecture de ce livre, c'est que les principes professés s'écartent beaucoup de ceux de nos écoles. Ainsi, d'après le docteur Charles, les femmes se trouveraient bien de se lever dès le sixième jour. Il est indiqué d'administrer l'ergot de seigle pendant l'accouchement ou l'avortement, et les exemples de femmes qui, comme la noble Badebec, portent jusqu'au onzième mois, ne sont pas rares. Nous avons peine à croire cela, et si nous bornons notre compte rendu à ces deux ou trois citations, que notre estimable confrère ne nous en veuille pas. Il est plus facile de critiquer un livre que de le composer et de l'écrire. — H. S.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ALLEMANDS.

Théorie du diabète, par Ebstein. (*Internat. klin. Rùndsch*, 1888, n° 5 et 6.) — S'appuyant sur l'atténuation ou la suspension de l'activité des ferments sous l'influence de l'acide carbonique, Ebstein considère le diabète comme une maladie constitutionnelle, consistant dans l'impuissance des protoplasmas de nos tissus à produire, aux dépens d'une alimentation normale, une proportion d'acide carbonique suffisante pour enrayer l'activité du ferment, qui opère alors une transformation excessive du glycogène en sucre aisément diffusible dans les sucs de l'organisme; d'où la *glycémie* et la *glycosurie*. Tenant pour suspecte la glycosurie alimentaire fugace des gens bien portants, il distingue (sans en faire toutefois deux maladies différentes) un diabète protoplasmique et un diabète alimentaire qu'une nourriture exclusivement animale peut encore suspendre.

Estimant que l'acide carbonique formé dans le protoplasma prend une part importante à la fixation de certaines espèces d'albumine réfractaires à l'influence du repos et du mouvement dans l'état normal, Ebstein admet chez les diabétiques une destruction partielle de la globuline pouvant donner lieu à un accroissement de la quantité de ferment disponible, maintenir l'*élévation du taux de l'urée excrétée*, et déterminer, *à l'occasion, une albuminurie sans altération rénale*.

La quantité d'eau qui se forme dans le protoplasma se trouve diminuée chez les diabétiques, en raison de la part de matière glycogène qui, au lieu d'être oxydée pour former de l'acide carbonique et de l'eau, s'élimine avec l'urine à l'état de sucre sans avoir été comburée. Aussi, la *soif* et la *polyurie* augmentent en raison de la quantité

de liquide soustraite et insuffisamment restituée par la boisson aux parenchymes, et en proportion du glycogène qui échappe à la combustion et se transforme simplement en sucre. Une alimentation exclusivement albuminoïde et graisseuse, qui supprime l'introduction des hydrates de carbone et restreint ainsi la production glycogénique dans l'organisme, atténue parallèlement la soif et la polyurie.

Au point de vue étiologique, une part prépondérante revient aux *prédispositions héréditaires* relatives au *diabète même*, à la *goutte* et à l'*obésité*. Souvent, d'après Ebstein, les goutteux ne seraient diabétiques qu'après être devenus obèses; chez eux aussi, d'autre part, les symptômes diabétiques alterneraient assez fréquemment avec les manifestations uratiques. — Si le régime peut compenser longtemps le processus défectueux des échanges organiques, la maladie est toujours prête à reparaître *à l'occasion de tout affaiblissement dans la vitalité du protoplasma*, sous l'influence de l'*âge*, notamment. — Le *système nerveux* joue, dans le diabète, un rôle important, quoique généralement secondaire, en raison de son influence sur la régulation des échanges. — *Quant aux affections microbiennes*, elles peuvent imprimer aux symptômes diabétiques une aggravation, qui souvent cesse avec elles ou peu de temps après.

La conséquence thérapeutique de la théorie d'Ebstein consiste donc essentiellement dans l'indication d'un régime particulièrement riche en graisse pour fournir des matériaux de combustion propres à relever la proportion d'acide carbonique mis en liberté, et dans la prescription d'un exercice musculaire apte à stimuler aussi dans le protoplasma la formation de l'acide carbonique. — Dr G. Schlemmer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars. — Présidence de M. Polaillon.

M. Chauvel, secrétaire général, offre en hommage les articles Plaies et Piqûre anatomique (extraits du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*).

M. le Président annonce la nouvelle de la mort de M. Hippolyte Blot, membre honoraire et ancien président de la Société de chirurgie. Il rappelle avec éloges les nombreux travaux scientifiques et les grandes qualités de caractère du défunt.

Avant de lever la séance en signe de deuil, la Société procède à un scrutin sur la demande de M. de Saint-Germain, qui désire échanger son titre de membre titulaire contre celui de membre honoraire. L'honorariat est accordé à M. de Saint-Germain à l'unanimité moins une voix.

— La séance est levée. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 23 mars 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Traitement de l'épilepsie symptomatique par les pointes de feu sur le cuir chevelu. — Cancer latent de l'estomac. — Hémichorée post-hémiplégique. — La fièvre typhoïde et les bains froids.*

M. Ch. Féré a présenté un malade épileptique qu'il a traité par les pointes de feu appliquées fréquemment sur le cuir chevelu avec un avantage notable. Dans son service d'épileptiques adultes à Bicêtre, M. Féré a inauguré ce mode de traitement en se guidant sur les données des localisations cérébrales. Les épileptiques, au nombre de dix, qu'il a traités de cette manière, présentaient tous de l'hémiplégie à un degré variable par suite d'une affection cérébrale ayant précédé les accès convulsifs; les uns offraient la forme d'épilepsie dite jacksonnienne, les autres l'épilepsie vulgaire.

M. Féré fait donc appliquer sur le cuir chevelu, dans la région correspondante aux

©BIU Santé

zones psycho-motrices du cerveau, tous les deux ou trois jours, 10 ou 15 pointes de feu légères pour ne pas entraîner la suppuration. Huit des dix malades ainsi traités ont vu leurs accès diminuer de fréquence d'une façon appréciable.

M. Blachez apporte les pièces anatomiques d'une femme âgée qui, de son vivant, avait présenté pour tous symptômes une cachexie accentuée, avec œdème généralisé, sans troubles cardiaques ni modifications des urines, sans avoir jamais éprouvé ni vomissements, ni hématémèses, ni même de dyspepsie bien marquée. Elle a succombé par une syncope et l'autopsie a révélé un cancer considérable des parois de l'estomac avec intégrité absolue des orifices.

M. Féréol présente un malade atteint d'hémichorée post-hémiplégique. C'est un homme de 25 ans qui aurait eu, s'il faut l'en croire, à l'âge de 5 ans, une fièvre typhoïde suivie d'hémiplégie et de contractures; et il aurait conservé depuis cette époque des spasmes choréiformes du côté droit. Le bras et la jambe de ce côté sont en partie atrophiés, mais il n'existe pas, et au dire du malade il n'y a jamais eu, d'anesthésie, fait à noter. L'état général est bon. M. Féréol pense qu'il serait intéressant d'élucider la relation de la fièvre typhoïde avec l'hémichorée post-hémiplégique.

M. Renault cite à ce propos le cas d'une jeune fille de 16 ans, qui se trouve en ce moment dans le service de M. Siredey et qui a été atteinte d'athétose depuis une fièvre typhoïde à l'âge de 5 ans; elle ne présente d'ailleurs ni hémianesthésie, ni hémiatrophie.

M. Comby observe un enfant de trois ans chez qui l'hémichorée s'est montrée après des convulsions.

M. Richard a essayé de nouveau, comme M. Juhel-Rénoy, le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids et vient déposer également en faveur de cette méthode. M. Richard cite d'abord la statistique de M. Viger, médecin du 11e cuirassiers, à Niort, qui, sur 36 fièvres typhoïdes traitées par les bains froids, n'a eu que 2 décès (dont 1 par syncope au début de la convalescence); mortalité, 5,5 p. 100. Mais, simultanément, M. Viger faisait l'antisepsie intestinale avec l'eau sulfo-carbonée, l'iodoforme et la naphtaline, et a usé de la quinine de temps à autre.

M. Richard, sur 76 cas de fièvre typhoïde, en a traité 38 par la méthode ordinaire et 38 par les bains. Sur les 38 malades non baignés, il a eu 4 morts : mortalité, 10 p. 100. Sur les 38 baignés, 2 morts, soit 5,25 p. 100. Parmi les malades baignés, bon nombre étaient gravement, même très gravement atteints. Chez les malades soumis à la médication méthodique par les bains froids, on n'observe presque jamais le délire, la stupeur, la déambulation nocturne, l'ataxie. L'insomnie est moins opiniâtre. Les malades sont presque tous dans le décubitus latéral, fait déjà signalé par Vogl (de Munich). Si les symptômes nerveux sont moindres chez les malades soumis à la réfrigération, c'est qu'il faut attribuer les accidents graves de l'hyperthermie à une auto-intoxication par les produits de désassimilation qui s'accumulent dans le sang aux températures élevées. En abaissant périodiquement et considérablement la température, on augmente la diurèse et, par conséquent, l'élimination des matières nocives du sang; on accroît encore cette action en faisant boire au malade un verre d'eau froide pendant qu'il est dans le bain.

M. Richard considère comme un fait acquis que la bronchite de la dothiénentérie, loin d'être une contre-indication, est plutôt une indication à appliquer et à continuer les bains froids. Ceux-ci préviennent également et guérissent l'albuminurie due à la néphrite infectieuse dothiénentérique.

M. Richard n'a observé que deux hémorrhagies intestinales, l'une, par processus ulcéreux, fut mortelle; l'autre, congestive et précoce, guérit. Il donne ensuite des renseignements sur la façon dont il a conduit le traitement de ces malades, en se rapprochant autant de la méthode stricte que l'outillage dont il disposait le lui a permis. Il a supprimé notamment le bain de trois heures du matin.

Il émet, en terminant, le vœu que les typhoïdes soient isolés dans les hôpitaux et traités dans des pavillons spéciaux où seront installées des baignoires à demeure.

M. Féréol pense que les services hospitaliers devraient être pourvus de baignoires *mobiles*, pour faciliter le traitement, et qu'il serait moins avantageux que ne le croit M. Richard de concentrer tous les typhoïdes dans une même salle.

M. Juhel-Rénoy croit, au contraire, que cette concentration faciliterait beaucoup l'application de la méthode de Brand. Il rappelle que la statistique totale de Glénard, Tripier et Bouveret donne 5 p. 100 de mortalité sur 20,000 malades traités ainsi.

M. Du Cazal, dans une épidémie récente à Clermont-Ferrand, a baigné 40 malades sur 70 et a obtenu de très beaux résultats. Il croit les bains froids excellents contre les hémorrhagies intestinales, et est partisan lui aussi de l'agglomération des typhoïdes dans une seule salle pour la commodité du traitement.

M. Richard partage l'opinion de M. Du Cazal relativement à l'utilité des bains froids contre les hémorrhagies intestinales congestives du début, mais se montre beaucoup moins affirmatif au sujet de leur avantage contre les hémorrhagies tardives par ulcération.

M. Barth, qui a appliqué souvent et méthodiquement la méthode de Brand, croit que la pneumonie en constitue le véritable danger. Un de ses parents était soigné dans les conditions les plus favorables, avec une application rigoureuse de la méthode et une surveillance médicale incessante; après 80 bains donnés en dix jours, on obtint une amélioration incontestable et une sédation très réelle des accidents nerveux, mais une double pneumonie a enlevé le malade en deux jours. Il se peut que les bains froids n'aient pas causé la pneumonie, mais on irait trop loin en disant qu'ils l'empêchent.

M. Juhel-Rénoy pense que M. Barth est tombé sur un cas malheureux, car il résulte des statistiques que la pneumonie est trois ou quatre fois moins fréquente par la méthode de Brand que par toute autre. — P. L. G.

FORMULAIRE

Traitement de la folie des femmes enceintes. — Pinard.

Lorsque la folie commence avec la grossesse, l'expectation peut faire tous les frais du traitement. Cependant, les toniques et l'hydrothérapie peuvent rendre des services ; la morphine est aussi quelquefois indiquée. Dans les cas d'hyperthermie crânienne, employer les vésicatoires et les cautères à la nuque, prescrire en outre des irrigations continues, avec le bonnet en tuyau de caoutchouc ou d'étain. — Rejeter la saignée et l'avortement provoqué. Ce dernier moyen, en faveur chez les Anglais, sacrifie l'enfant pour obtenir un résultat plus que douteux pour la mère. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Les crânes de Beethoven, Mozart, Gluck et Schubert. — La Société d'anthropologie de Vienne va procéder, avec l'agrément du ministère de l'intérieur, à l'examen scientifique des crânes de Beethoven, Mozart, Gluck et Schubert. La commission nommée à cet effet est composée du professeur Toldt, président, et les professeurs Meynert, Kundrat, assistés du médecin d'état-major Weisbach. Les crânes seront mesurés, photographiés et moulés dans le laboratoire d'anatomie de l'Université.

Ainsi, dit l'*Allg. Wiener med. Zeitung* (6 mars), à qui nous empruntons ces détails, la postérité aura des données authentiques sur les caractères dominants de la face de ces grands hommes. La commission trouvera-t-elle quelque signe spécialisant la direction d'esprit et d'études (geisteserrichtung) de ces illustres musiciens ?

Il est fort regrettable qu'on ne possède pas de renseignements précis sur le lieu exact de la sépulture de Mozart.

©BIU Santé

— Un projet de loi pour combattre et restreindre l'extension de la pellagre a été déposé le 25 février à la Chambre des députés de Vienne. Il résulte de ce document que la maladie est sérieuse. Elle se termine par la mort 11 fois sur 100. Les suites en sont graves ; la folie n'est pas rare, l'incapacité de travail est fréquente. C'est le maïs avarié qui est incriminé. Les principales mesures proposées sont les suivantes : 1° Veiller à l'alimentation des classes pauvres (proscrire les maïs avariés, introduire et favoriser d'autres cultures, etc.) ; 2° pourvoir d'une meilleure alimentation les malades qui, déjà incapables de travailler, n'en sont encore qu'aux premières périodes de la maladie ; 3° envoyer les malades plus fortement atteints dans les hôpitaux et les incurables dans des asiles, etc.

Le projet de loi va bientôt entrer en discussion ; le crédit demandé s'élève à 50,000 florins.

— Une Ecole de médecine a été ouverte, à Hong-Kong, le 8 octobre 1887. L'Ecole est destinée aux étudiants chinois. — Ch. S.

COURRIER

Par décision ministérielle, en date du 18 mars 1888, le ministre de la guerre accorde un témoignage de satisfaction, pour le dévouement dont ils ont fait preuve en soignant gratuitement, pendant de longues années, les militaires de la gendarmerie ainsi que leurs familles, à :

MM. les docteurs Guyot, à Solesmes ; Dehenne, à Bergues ; Bouret, à Ribécourt ; Binot, à Villers-Bocage ; Homo, à Château-Gontier ; Chertier, à Nogent-sur-Seine ; Thouvenin, à Vézelise ; Joyeux, à Mirecourt ; Masson, à Raon-l'Etape ; Depautaine, à Gondrecourt ; Petit, à Longeau ; Robillier, à Clerval ; Beurnier, à Montbéliard ; Doumic, à Imphy ; Beaujard, à Vierzon ; Thomas, à Saint-Amand-Puisaye ; Bertaut, à Pouancé ; Mestivier, à Saint-Gaultier ; Chabenat, à La Châtre ; Barbin, à Montoir ; Dambier, à Vélines ; Bona, à Evaux ; Moulin, à Argentat ; Benoît, à Dieulefit ; de Ferry de la Bellone, à Apt ; Binet, à Vence ; Vidal, à Saint-Gervais ; Guizot, à Rignac ; Réfrégé, à Lodève ; Blanc, à Orthaguet ; Bourguet, à Graissessac ; Poussié, à Marvejols ; Piales d'Astrez, à Sousceyrac ; Lannes, à Nailloux ; Toutant, à Marans ; Claverie, à Villandraut ; Despaignet, à Mont-de-Marsan ; Gorski, à Lagore ; Gaucher, à Aïn-Temouchent ; Noël, à Saint-Denis-du-Sig ; Le Roy des Barres, à Saint-Denis, et Durand, à Arcueil.

MM. les officiers de santé Lepage, à Fauville ; Trogneux, à Fontaine-le-Dun ; Bardo, à Chéragas, et Lefèvre, à Bonnières.

Concours. — 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 lundi 30 avril 1888, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire, au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le lundi 26 mars 1888, et sera clos définitivement le samedi 14 avril suivant, à trois heures.

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte**. — Un verre à Bordeaux aux repas.

EAU DE SANTENAY, la **plus lithinée** connue, spécialement recommandée contre : **goutte, gravelle**, et toutes les **affections lithiasiques**.

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Paul Chéron : Les nouveaux traitements de la phthisie. — II. Colombe (de Lisieux) : Luxation traumatique simultanée de deux phalangines de la main droite et d'une phalangine de la main gauche. — III. Bibliothèque : Manuel clinique de l'analyse des urines. — IV. Revue des journaux : Traitement de la coqueluche. — Action thérapeutique du sulfate de spartéine. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Prenez mon eau ! — IX. Analyse du Lait d'Arcy.

Les nouveaux traitements de la phthisie.

Depuis la découverte du bacille de la tuberculose, on a préconisé un certain nombre de nouveaux traitements de la phthisie. Ils ont presque tous pour but de détruire le parasite et peuvent être facilement divisés en deux grands groupes d'après leurs modes d'application, les injections insterstitielles étant aujourd'hui abandonnées. En effet, ou bien l'agent thérapeutique passe d'abord dans le torrent circulatoire avant d'arriver aux alvéoles, ou bien, pénétrant dans les canaux bronchiques en même temps que l'air destiné à la respiration, il parvient d'emblée dans l'intimité du parenchyme. Dans la première classe, nous placerons les injections rectales gazeuses, les injections sous-cutanées, toutes les méthodes en un mot employant une autre voie d'absorption que celle fournie par l'arbre respiratoire ; dans la seconde, nous étudions les diverses inhalations par lesquelles on cherche à attaquer directement le microbe. Nous terminerons en exposant les traitements, plus ou moins complexes, où l'action microbicide ne joue qu'un rôle secondaire.

FEUILLETON

PRENEZ MON EAU ! (1).

Chez le docteur Bitourou, boulevard des Batignolles, un jour du mois d'avril.

La bonne remet à Bitourou une carte sur laquelle il lit : « Le docteur Tartini, *médecin consultant à Veyrac.* »

Le docteur Tartini est introduit dans le cabinet.

— Mon cher confrère, n'ayant peut-être pas l'honneur d'être connu de vous, je viens vous faire une visite, afin que, si vous aviez quelque malade à envoyer à Veyrac, vous connaissiez un confrère auquel vous puissiez le recommander et sur le dévouement duquel vous soyez sûr de pouvoir compter.

— Je vous remercie, confrère, de votre aimable visite, et à l'occasion je ne l'oublierai pas, si l'indication de la cure de Veyrac vient à se présenter dans ma clientèle.

— Oh ! alors, je suis tranquille, car ces indications sont si nombreuses que je ne doute pas de voir, dans le cours de cette saison, plusieurs malades munis d'une lettre de vous..... Je n'ai pas besoin de vous rappeler les propriétés de nos eaux connues de-

(1) Extrait d'un volume qui paraît la semaine prochaine, chez J.-B. Baillière, sous ce titre : *Scènes de la vie médicale.*

©BIU Santé

I

1. *Injections rectales.* — On peut laisser de côté la question de savoir si la méthode des injections rectales date de Priestley, et il n'est que juste de dire que c'est Bergeon qui l'étudia le premier d'une manière suivie. Dès qu'il eut communiqué le résultat de ses travaux, le nouveau traitement fut expérimenté de tous côtés, et il semble aujourd'hui assez connu pour que l'on puisse arriver, à son sujet, à des conclusions fermes.

Nous serons bref sur le manuel opératoire et renverrons sur ce sujet au travail de notre collègue, le docteur Le Gendre (*Union médicale*, 1886, n° 170). Le meilleur appareil est certainement le gazo-injecteur de Morel, qui produit des gaz très purs et évite bien tout mélange avec l'air. Dans le barboteur, on met soit de l'eau minérale sulfureuse, sentant nettement l'acide sulfhydrique, soit de l'eau pure, quand on veut injecter une substance volatile, sulfure de carbone, terpinol, eucalyptol, etc. Cette dernière est alors renfermée dans un petit tube placé sur le trajet du conduit allant du barboteur à l'intestin.

Un certain nombre de précautions doivent être prises. Il faut éviter l'injection de l'air, même en minime quantité, qu'il provienne, soit de l'appareil, soit du dehors, car on cause ainsi de vives coliques et du ballonnement abdominal, et, de plus, on aggrave les symptômes que l'on veut combattre ; le malade doit être habillé de vêtements très lâches, et le lavement donné lentement en s'arrêtant toutes les fois que l'on sent une trop grande résistance pour reprendre quand elle diminue. Il faut encore s'arrêter quand le malade se plaint d'un sentiment de plénitude dans la poitrine, quand il souffre de vives coliques, parfois assez violentes pour le forcer d'aller à la garde-robe. Les canules en caoutchouc ou en gomme s'altèrent trop vite, et il ne faut se servir que de celles en os fixées à angle droit sur une boule.

Les premières injections doivent être d'environ 3 litres ; on atteint 4 et 6 litres après 3 ou 4 opérations, la quantité la plus habituellement suffi-

---

puis si longtemps, et dont les applications sont si multiples..... Je vous rappellerai que toutes les variétés de dyspepsie.....

— Pardon, si je vous interromps : mais c'est que j'ai en ce moment un dyspeptique que je serai probablement obligé de vous envoyer, parce que je trouve qu'il ne s'améliore guère avec les moyens ordinaires.

— Mais parfaitement ; envoyez-le moi ; vous pouvez être sûr d'avance qu'il en retirera un excellent effet..... Je vous disais donc que toutes les variétés de dyspepsie se trouvent admirablement de nos eaux ; si vous y ajoutez la chlorose et l'anémie, la goutte et le diabète, les affections du foie, de la vessie et des reins, les obstructions intestinales, la diathèse adipeuse, l'herpétisme et l'arthritisme, et nombre d'autres états morbides que j'oublie en ce moment, vous aurez une idée de l'immense sphère d'action de nos puissantes eaux, et vous ne vous étonnerez pas plus de leur grande vogue que de la prospérité croissante de notre belle station..... Ce ne sont là évidemment, mon cher confrère, que des indications très générales ; mais, avec un esprit éclairé comme le vôtre, je crois tout à fait superflu d'entrer dans des détails plus circonstanciés. Voici d'ailleurs une brochure dont vous me permettrez de vous faire hommage et qui, au besoin, vous fournira tous les renseignements complémentaires dont vous pourrez avoir besoin sur la composition des sources, les excursions, les prix des hôtels avec indication des meilleurs, etc.

— Merci bien : soyez sûr, confrère, que je ne manquerai pas d'y avoir recours à l'occasion.

sante étant de 4 litres. Il faut administrer l'injection, soit un peu avant le repas, soit 3 ou 4 heures après. En agissant autrement, on s'expose à provoquer des vomissements alimentaires. Après quelque temps, quand on a passé la période de tâtonnement, qui, comme le dit M. le docteur L.-H. Petit, a une grande importance, quand on connaît bien et l'appareil et le malade, ce dernier peut se traiter sans le secours du médecin.

Les agents médicamenteux employés ont un peu varié. La plupart des expérimentateurs : MM. Bergeon, Morel, Chantemesse, Frœntzel, etc., ont préconisé les eaux sulfureuses naturelles, tandis que Bardet préfère les artificielles. Du reste, il semble n'y avoir là qu'une question de pureté, et Bergeon pense avec Cazeneuve (Congrès des Sociétés savantes, 1887) que la purification une fois obtenue, les gaz des laboratoires doivent avoir les mêmes propriétés que les gaz naturels. D'après Chantemesse, c'est le sulfure de carbone pur qui calme le mieux les quintes de toux, tandis que les Eaux-Bonnes qui agissent moins bien sur ce symptôme modifient rapidement l'expectoration. Comme le traitement est toujours long on peut, du reste, comme le conseillent Bergeon et Morel, varier l'agent médicamenteux et employer successivement les eaux sulfureuses naturelles, l'iodoforme, etc. Cependant, d'après Dujardin-Beaumetz (thèse de Lecomte), l'eucalyptol et l'eau sulfo-carbonée ont provoqué des symptômes d'irritation ; par contre, le terpinol a donné de bons résultats. Le savant médecin de l'hôpital Cochin se loue surtout de l'hydrogène sulfuré et de l'acide carbonique, ce dernier agissant principalement comme anesthésique.

Dupont n'a pas trouvé que les injections rectales vaillent mieux que les inhalations, et pour lui, comme pour Szerlecki, c'est l'acide carbonique qui est utile. Dans son travail (*Lyon médical*, 30 janvier 1887), le médecin lyonnais propose de remplacer les lavements par la respiration d'une atmosphère artificielle renfermant 1 p. 100 d'acide carbonique et 0,0005 d'acide sulfhydrique. Renaut, en employant les injections d'acide carbonique seul (un litre chaque fois), a obtenu dans le catarrhe bronchique avec emphysème une amélioration rapide de la dyspnée et de la toux.

— A propos, j'aurai l'honneur de vous adresser mon *Traité des fractures* qui, je l'espère, vous intéressera.

— Un *Traité des fractures* ???

— Oui, je comprends..., au premier abord..... Eh bien, j'ai eu l'idée de faire une monographie sur ce sujet, parce que c'est de la pratique courante ; ce sont de ces cas qu'on rencontre tous les jours et pour lesquels un praticien comme vous doit être bien aise d'avoir sous la main un guide consciencieux bien au courant des dernières acquisitions de la science.

— En vérité, cher confrère, vous me comblez ! Il me sera bien difficile de ne pas me souvenir de vous.

— C'est tout ce que je désire..... Au plaisir de vous revoir.

Au moment où Bitourou accompagne le docteur Tartini, la bonne lui remet deux cartes sur l'une desquelles il lit : « Le docteur Lescourbiac, *médecin consultant aux thermes d'Aiguecaude* », et sur l'autre : « Le docteur Ruelle, *ex-médecin inspecteur des eaux de Frédefons.* »

Il entre dans le salon et dit :

— Lequel des deux confrères est arrivé le premier ?

— Nous sommes entrés en même temps, répondent à la fois les deux hydrologues.

— Alors, que l'ainé de vous deux prenne la peine de passer dans mon cabinet.

Le docteur Lescourbiac entre :

— Le docteur Lescourbiac, très cher confrère, pour vous servir, et très honoré de faire

©BIU Santé

M. Bergeon a étudié avec grand soin les contre-indications et les dangers de sa méthode. Il signale (*Etudes sur la tuberculose*, I, 219) d'abord l'hémoptysie à forme hémorrhagique, le crachat hémoptoïque, l'hémoptysie modérée n'étant pas des obstacles, loin de là. Viennent ensuite (de La Roche) un envahissement étendu des deux poumons avec forte dyspnée, le pneumo-thorax, les dilatations anévrysmales des vaisseaux thoraciques. Les maladies de cœur ne contre-indiquent pas.

M. Bergeon tend à expliquer les accidents intestinaux par des fautes opératoires. Cependant, Féréol, Blachez, Pons ont observé des coliques et de la diarrhée; Shattuck et Jackson ont signalé des symptômes toxiques : nausées, vomissements, céphalée, collapsus et diarrhée; enfin, Pepper et Griffith ont noté des coliques chez 11 malades sur 24; chez un, il y eut un état de collapsus alarmant. Lecomte eut dans plusieurs cas de fortes coliques, de la diarrhée, de l'aggravation des phénomènes morbides et perdit un malade d'hémoptysies répétées. Chez les tuberculeux prédisposés aux crachements de sang, cet auteur regarde l'eucalyptol et l'eau sulfocarbonée comme contre-indiqués. Sur 12 malades, Boudet (Société de médecine de Lyon, 1er janvier 1887) en a vu 6 ne pouvoir supporter ce traitement à cause de vives douleurs intestinales. Si, comme le dit M. Petit, quelques-uns des mauvais résultats sont imputables à une administration défectueuse, il semble cependant évident que certains tuberculeux ne peuvent tolérer la médication.

Au début, la méthode de Bergeon fut accueillie avec un grand enthousiasme. « Dès à présent, s'écriait le professeur Cornil à la tribune de l'Académie, on peut dire que les injections rectales d'acide carbonique et de gaz sulfhydrique constituent une méthode thérapeutique excellente dans la phthisie; on doit l'accueillir avec d'autant plus de faveur que la thérapeutique est plus désarmée en face de cette affection. »

Actuellement, le silence paraît se faire autour de la méthode, et il ne semble pas qu'elle ait donné ce qu'elle avait promis; un examen rapide

---

votre connaissance pour vous recommander ma petite station. Vous savez que j'exerce depuis vingt-cinq ans aux thermes d'Aiguecaude, ces thermes admirables comme l'Allemagne nous en envie, et qui, en effet, n'ont pas leurs pareils au monde. Vous n'ignorez pas, sans doute, qu'à une thermalité très élevée, dont la puissance est considérable, se joint la présence d'un élément constituant très important.

— Mais, au fait, quelle est la caractéristique de vos eaux? A quel élément minéral prédominant doivent-elles leur action?

— Outre la thermalité, comme j'avais l'honneur de vous le dire, nos eaux doivent leur merveilleuse efficacité dans tant d'affections qu'il serait trop long de vous les énumérer, à la présence de la silice.....

— Mais alors, confrère, votre eau est une soupe aux cailloux!

— Très joli! très joli!..... On ne me l'avait pas encore fait..... Mais oui, une soupe aux cailloux, comme vous le dites si spirituellement. Mais quelle merveilleuse soupe aux cailloux que celle qui réveille les forces languissantes, qui ranime la vitalité, qui active la circulation, qui permet à l'estomac de digérer, qui.....

— A ce propos, je vous dirai que j'ai précisément en ce moment un dyspeptique qui pourra aller éprouver la vertu de vos eaux.

— Soyez d'avance tranquille sur son compte, cher confrère; vous pouvez lui annoncer qu'à coup sûr il reviendra de notre station radicalement guéri..... Enfin, la vieille plaisanterie de la fontaine de Jouvence ne s'est jamais mieux appliquée qu'à nos merveilleuses eaux..... Je ne vous offre pas de brochure à l'appui, parce que vous savez

des différents travaux des médecins qui l'ont expérimentée va nous expliquer cette sorte de défaveur.

M. Guyard (thèse de Paris), en employant le gaz sulfo-carboné, a eu des résultats satisfaisants dans 10 cas sur 12, et Blachez dans 2 sur 3. Vuillet, Desplats, Delore ont aussi publié des statistiques favorables. Boudet, sur 12 malades, dont 6, nous l'avons vu, n'ont pu continuer, n'a vu qu'une amélioration très passagère; Poullet, sur 3 cas, en cite 2 favorables. Chantemesse a observé, sur 9 phthisiques, une augmentation rapide du poids du corps, et Hamon a noté de bons effets chez 3 malades à hémoptysies. Motheau (th. de Paris) a eu des résultats favorables dans les formes apyrétiques avec lésions limitées, nuls dans les formes rapides, fébriles. Spillmann et Parisot pensent que les quelques bons effets sont dus à l'anesthésie par l'acide carbonique. Dans presque tous les cas, Bruen a observé la diminution des principaux symptômes; Shattuck et Jackson n'ont nettement constaté qu'un seul avantage : la diminution de l'expectoration; Griffith n'a observé, sur 34 malades, que des effets très douteux; enfin, Perret n'a eu que peu de résultats sur 18 phthisiques. Citons encore les observations de Méneau, d'après lesquelles la médication supprime l'appétit et affaiblit les malades; celles de Statz, Hanot et Cornil, qui ont observé la diminution d'un certain nombre de symptômes des plus pénibles; celles de Collon, de Frœntzel, qui ont constaté une amélioration variable, suivant le degré de la maladie, chez beaucoup de leurs phthisiques; et enfin celles de Crane (de Chicago), qui en tire des conclusions favorables.

De la lecture de tous ces travaux se dégage un premier fait que l'expérience directe *in vitro* (Trudeau) est venue confirmer; le traitement n'agit pas sur le nombre des bacilles que l'on rencontre encore en grand nombre même quand le malade se dit guéri. Ces bacilles ont-ils perdu de leur virulence, ce que sembleraient prouver des expériences récentes (Hanot)? Sont-ils devenus impuissants? Nous ne le croyons pas, car on peut remarquer, avec Petit, que la suspension du traitement entraîne le plus souvent la réapparition des symptômes.

---

aussi bien que moi, très cher confrère, que tout ce qu'on y écrit ne prouve rien..... Et puis, qui est-ce qui les lit ces brochures?..... Ce n'est pas même

Autour d'un Caudebec qu'on en lit la préface.

Vous devinez le reste..... C'est pour cela que, pour ne pas vous en importuner, et pour protester aussi un peu contre cette fièvre de productions hyperboliquement laudatives, je n'ai pas cru devoir écrire sur ma station..... Je vous ai dit en toute sincérité ce qu'il faut penser de ces merveilleuses sources, les effets vraiment surprenants qu'on peut en attendre; vous pouvez compter là-dessus mieux que si c'était écrit. Je crois, voyez-vous, qu'il faudra retourner l'adage et dire : « *Scripta volant, verba manent*..... » Je ne vous en dis pas plus long, très cher confrère; vos moments sont précieux, et je me ferais un véritable scrupule de vous en dérober outre mesure..... Je ne vous ai déjà que trop longtemps entretenu..... Charmé d'avoir fait votre connaissance, et au plaisir de vous revoir..... Surtout, n'oubliez pas le docteur Lescourbiac et les eaux d'Aigue-caude.

— Vous pouvez compter sur moi à l'occasion..... A revoir.

(*A suivre.*)

©BIU Santé

On peut ensuite admettre que, quoi qu'en aient dit Bergeon et quelques autres, la méthode est souvent contre-indiquée dans les phthisies rapides et très fébriles (Boudet, Perret, Méneau), à la période cavitaire (Lamallerée), et qu'elle convient surtout (Chantemesse, Petit) « dans les formes les plus communes, apyrétiques d'ordinaire, avec lésions limitées ». Quand les injections rectales réussissent, on observe la diminution de la toux, la modification de l'expectoration, qui diminue et devient muqueuse, le retour du sommeil, l'augmentation de poids et, malgré quelques observations contradictoires, la disparition des sueurs et le réveil de l'appétit. En même temps, les signes physiques diminuent. Tantôt les ulcères laryngés concomitants ont guéri, tantôt ils sont restés stationnaires.

Malheureusement, il semble bien prouvé que, d'une part, les bons effets peuvent cesser malgré la continuation du traitement, et que, d'autre part, quand ils persistent, la cessation des injections les fait aussitôt disparaître.

Les injections rectales, en somme, ne seraient que simplement palliatives, et encore pas dans tous les cas, car, même en dehors des contre-indications citées plus haut, certains malades leur semblent réfractaires. Du reste, le promoteur de la méthode semble lui-même ne plus la regarder, dans la phthisie, que comme un agent efficace de soulagement, et Thieme et Daremberg, après avoir expérimenté à Menton, n'admettent que quelques modifications du côté des bronches. Enfin, il ne faut pas oublier que certains expérimentateurs (Forskeimer) ont obtenu des résultats utiles avec des injections rectales d'air et qu'Ewald, ainsi que Ballet, rapportent les améliorations à un effet de suggestion!

(*A suivre.*) Paul Chéron.

Luxation traumatique simultanée de deux phalangines de la main droite et d'une phalangine de la main gauche.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 janvier 1888.

Par le docteur Colombe (de Lisieux).

X..., 36 ans, domestique de ferme, est un homme robuste et qui ne présente dans ses antécédents rien de particulier à signaler.

Le 22 août dernier, il s'était endormi dans une grange, sur un tas de gerbes de blé qu'il avait monté dans la journée, quand tout à coup il glissa et tomba sur l'aire de la grange. Le tas avait une hauteur de 3 mètres 50 environ.

Dans sa chute, X... se fit plusieurs blessures, et le lendemain, quand je le vis pour la première fois, je pus constater des contusions au niveau des reins, une plaie de la lèvre inférieure qui nécessita trois ou quatre points de suture, et enfin trois luxations des doigts. Ces luxations se trouvaient à la main droite et à la main gauche. A la main droite, les phalangines de l'annulaire et du médius étaient luxées en arrière; à la main gauche, c'était la phalangine de l'index qui était luxée également en arrière.

Le blessé ne pouvait mouvoir ses doigts, et sa douleur était très vive. La disposition des doigts luxés était à peu près la même pour les trois doigts, qui étaient immobiles et qu'on ne pouvait fléchir. Sur la face dorsale, il y avait une saillie formée par la tête de la phalangine et, au-dessus, une dépression se trouvant au niveau de la première phalange; sur la face palmaire, la saillie se trouvait au niveau de la première phalange, et la dépression correspondait à la tête de la phalangine; la dépression et la saillie étaient moins prononcées à la face palmaire qu'à la face dorsale.

Les phalangines luxées de la main droite étaient parallèles à la première phalange et situées sur un plan un peu postérieur; quant à la phalangine de l'index de la main

Anémie. Chlorose. Le Flacon : 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

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, à 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

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.

PASTILLES ET ÉLIXIR HOUDÉ

au CHLORHYDRATE de COCAÏNE

Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, les **Pastilles Houdé** 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 une heure avant le repas.*

En raison de ses propriétés anesthésiques, l'**Elixir Houdé** constitue un puissant sédatif des **névroses stomacales**. — Recommandé pour combattre les **Gastrites, Gastralgies, Dyspepsies, Vomissements, Mal de mer** ; 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.*

Dépôt Général : A. HOUDÉ, 42, rue du Faubourg St-Denis, PARIS

LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (PRIX ORFILA)

©BIU Santé

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE
Enfants Débiles — Maladies de la Peau et des Os

LA BOURBOULE

Rhumatismes — Voies respiratoires
ANÉMIE — DIABÈTE — FIÈVRES INTERMITTENTES

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 bd Haussman, 41
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

ÉLIXIR LUCAS
VIANDE — FER — VIEUX COGNAC
VRAI COUP DE FOUET
SURPASSE TOUS SES SIMILAIRES
Remède 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 aussi sûrement et aussi rapidement.
NOMBREUX ÉLOGES DE MÉDECINS
LUCAS, pharmacien, Ingrandes (Maine-et-Loire)
Dépôt : ACARD, *213, r. St-Honoré, PARIS*
PRIX : 3 FRANCS
Même Elixir sans fer.

VÉRITABLES GRAINS *de Santé* du docteur FRANCK
(Formule du Codex N° 608)
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 Phie LEROY, 2, r. Daunou
ET TOUTES LES PHARMACIES

TOPIQUE SAISSAC
Pharmacie G. Koch, 44, rue de Richelieu, Paris
F. DUCOUX, successeur.
Seul coporistique sérieux employé sans danger ni douleur pour la guérison radicale et prompte des cors, oignons, durillons.

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 min^les.

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.

PRÉPARATIONS DE
PERCHLORURE DE FER
Dr DELEAU, médecin du Dépôt des condamnés.
Solution normale à 30e ; solution caustique à 15e. Sirop, Pilules, Pommades, Injections pour hommes et pour femmes.
Dépôt général, ancienne pharmacie G. Koch, rue de Richelieu, 44, à Paris. F. DUCOUX, successeur.

Agréable à boire
Tonique
Reconstituante,
SOURCE
Guérit
L'ESTOMAC
et régularise les
fonctions de
L'INTESTIN
St. LEGER

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1888

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France.

On souscrit en envoyant un mandat de poste de 4 francs ou 4 francs en timbres-poste aux Bureaux de l'Union Médicale, rue de la Grange-Batelière, 11.

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

A l'occasion de la Semaine sainte, du 24 au 31 mars, de la foire et des fêtes qui auront lieu à Séville du 18 au 22 avril, la Compagnie des chemins de fer d'Orléans, d'accord avec la compagnie du Midi de la France et les compagnies espagnoles, délivrera *du 20 mars au 15 avril*, des billets de Paris à Séville, en voitures de première classe, au prix de 250 francs, aller et retour compris avec faculté d'arrêt à Bordeaux, Bayonne, Burgos, l'Escurial, Madrid, Aranjuez, Castillejo (embranchement de Tolède) et Cordoue.

Ces billets seront valables pour le retour jusqu'au 7 mai inclusivement.

Les voyageurs auront la faculté de prendre les trains de luxe Sud-Express et Pyrénées-Express, à la condition de payer, en outre du prix ci-dessus, le supplément complet, c'est-à-dire 50 °/₀ du prix des billets à tarif plein.

CHEMINS DE FER D'ORLÉANS ET DU MIDI.

FÊTES DE PAQUES.

EXCURSIONS AUX STATIONS HIVERNALES ET BALNÉAIRES DES PYRÉNÉES

PAU et SAINT-JEAN-DE-LUZ (*Tarif* A *nº*, *11*).

A l'occasion des fêtes de Pâques, les billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100, qui seront délivrés par les gares du réseau d'Orléans, du dimanche 25 mars (Rameaux), au samedi 31 dudit mois, ces deux jours inclus, pour les stations balnéaires et hivernales du réseau du Midi désignées au tarif A, nº 11, seront exceptionnellement valables pendant 15 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Bulletin bibliographique.

Traité de chirurgie de guerre, par M. E. Delorme, professeur de clinique chirurgicale et de blessures de guerre au Val-de-Grâce.

Le premier tome forme un beau volume in-8° de près de 700 pages avec de nombreuses figures dans le texte, et une planche en chromo-lithographie. — Prix 16 fr.

Cet ouvrage se trouve à la librairie Félix Alcan, 108, boulevard Saint-Germain.

Chirurgie du pied, par le docteur Albert Blum, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Tenon. Avec une préface de M. le professeur Richet, membre de l'Institut. 1 vol. in-8, de 416 pages, illustré de 145 figures intercalées dans le texte. — Prix : 8 fr.

Cet ouvrage se trouve chez Asselin et Houzeau, libraires de la Faculté de médecine, place de l'Ecole-de-Médecine.

©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

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. — Provinces : les principales pharmacies. A Salies-de-Béarn, au directeur des Bains.

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.*
Perdriel

NÉVRALGIES, MIGRAINES
Coliques hépatiques, néphrétiques, utérines
CAPSULES BRUEL
(Ether amyl-valérianique)
SPÉCIFIQUE DES MALADIES NERVEUSES
L'Ether **Amyl-Valérianique**, qu'il ne faut pas confondre avec l'Ether Valerianique, est le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispamodiques. C'est aussi **le meilleur dissolvant de la Cholestérine.**
Gros : 11, rue de la Perle

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.

QUINA * FER
Chlorose, Anémie
Vins Titrés d'Ossian Henry
Membre de l'ACADEMIE de MEDECINE
Professeur à l'Ecole de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
41, Rue d'Amsterdam, Paris

PHTISIE
Médaille d'OR
BRONCHITES ET CATARRHE PULMONAIRE
Traitement Curatif
par les Injections sous-cutanées *Hâvre 1887*
de l'EUCALYPTINE LE BRUN
Dépôt Gén^l : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52, PARIS

l'Eau de Léchelle
HÉMOSTATIQUE. — Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leuchorrée*, diarrhée, catarrhe, etc.
Dépôt général : 378, rue St-Honoré, Paris.

VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS-SAINT-JEAN
Médaillé aux Expositions de Philadelphie 1876, Sidney 1879.
Médaille d'Argent Anvers 1885, Médaille d'Or Paris 1885.
Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la **chlorose**, la **phthisie** avec **atonie**, le **rhumatisme chronique**, la **goutte atonique** ou **viscérale**, et toutes les **dyspepsies** ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.
VENTE EN DÉTAIL : DANS TOUTES LES PHARMACIES.
Expédition en Province, par caisse de 12 bouteilles, *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.
PRIX : ***3 francs*** LA BOUTEILLE DE 83 CENTILITRES.
ET ***1 fr. 75*** LA 1/2 BOUTEILLE DE 50 CENT.
Entrepôt général E. DITELY, prop^re, 18, Rue des Ecoles, PARIS.

gauche, elle était renversée un peu en arrière. Les phalangettes étaient très légèrement fléchies en avant. Il n'existait pas de plaies sur les téguments.

La réduction fut des plus simples et nullement douloureuse. Un aide faisant la contre-extension sur la phalange, avec le pouce d'une main je pressai sur la tête de la phalangine luxée pendant que de l'autre main j'exerçais une traction sur les deux dernières phalanges en les fléchissant en même temps.

A partir de ce moment, le blessé ne ressentit plus de douleur; les doigts furent immobilisés pendant quelques jours, et X... put reprendre ses occupations. Je l'ai revu trois mois après, et les mouvements sont aussi faciles que complets.

On sait combien les luxations des doigts sont rares. (Je ne parle pas des luxations du pouce, qui sont relativement fréquentes.) Malgaigne (1) n'avait pu réunir que 14 cas de luxation des phalangines, et jamais il n'avait eu l'occasion d'en observer lui-même; dans ces 14 cas, la luxation était unique. Dans l'article très complet (Doigt) (2), que mon excellent maître M. Polaillon a écrit pour le *Dictionnaire encyclopédique*, on trouve une observation du docteur de Langenhagen que M. Polaillon signale comme étant peut-être unique dans la science; c'est un cas de luxation simultanée en arrière des phalangines de l'index, du médius et de l'annulaire. Le docteur de Langenhagen (3) dit aussi que, malgré les recherches auxquelles il s'est livré, il n'a pu trouver un seul cas analogue au sien.

L'observation que je viens de relater présente donc un certain intérêt à cause du nombre des luxations des phalangines (3) sur le même sujet; aussi, ai-je pensé qu'à ce point de vue, il était bon de la communiquer à la Société de médecine.

BIBLIOTHÈQUE

Manuel clinique de l'analyse des urines, par P. Yvon. — Avec 50 figures dans le texte et 8 planches hors texte; 3e édition revue et très augmentée avec la collaboration de A. Berlioz. — Paris, O. Doin, 1888.

Ce manuel a eu, dès son apparition, un succès mérité. L'auteur est un chimiste des plus distingués; c'est en même temps un écrivain qui sait exposer avec clarté et méthode.

Les progrès rapides de la chimie biologique et de la bactériologie rendent sans cesse nécessaire le remaniement de livres comme celui de M. Yvon. Déjà M. le docteur Brault, médecin des hôpitaux, chef des travaux pratiques d'anatomie pathologique à la Faculté avait rédigé pour la seconde édition une partie histologique à laquelle sa compétence bien connue donnait une valeur particulière.

Pour cette troisième édition, M. Yvon a été tout aussi bien inspiré en s'adjoignant un nouveau collaborateur, M. le docteur Berlioz, chef de laboratoire à la clinique médicale de la Pitié, non moins compétent en bactériologie qu'en chimie.

On trouvera dans le manuel de M. Yvon tous les travaux nouveaux se rapportant à l'examen des urines : peptonurie, globulinurie, résumé des recherches de M. Bouchard sur le diabète, la toxicité urinaire, des mémoires publiés sur l'urobilinurie par M. Hayem, MM. Engel et Kiener.

Les méthodes qui permettent d'éclairer, par l'analyse microscopique des urines, le diagnostic de la tuberculose urinaire, de la blennorrhagie. et d'autres maladies infec-

(1) Malgaigne : *Traité des fractures et des luxations*, p. 751.
(2) Doigt. Pathol., *Dict. encycl.*, p. 71.
(3) *France médicale*, 25 août 1883.

©BIU Santé

tieuses sont minutieusement décrites. Les figures et planches hors texte très nombreuses qui illustrent le volume, achèvent d'en faire un excellent vade-mecum de l'urologiste. — P. Le Gendre.

REVUE DES JOURNAUX

Traitement de la coqueluche. — Nous trouvons dans *The med. Rec.* du 7 janv. 1888, quelques communications sur le traitement de la coqueluche, qui peuvent avoir leur utilité contre une maladie si souvent réfractaire aux méthodes de traitement les plus rationnelles. Le docteur Swett a employé dans une trentaine de cas, chez des enfants âgés de moins de 10 ans, des insufflations de quinine, matin et soir. Le résultat, dit-il, a été invariablement la diminution des paroxysmes tant le jour que la nuit, un sommeil meilleur, la conservation des aliments. Il avait soin de séparer les petits malades de manière qu'ils ne s'entendissent pas, et il a remarqué que cette précaution n'était pas inutile au succès du traitement. En outre, dans les familles où il y avait deux ou trois malades, les fumigations sulfureuses se sont montrées utiles. Il pense que les insufflations de quinine doivent être faites autant que possible par le médecin. — Un autre mode de traitement, par le *Benzol*, est recommandé d'après un correspondant du *British med. Journal*, qui affirme avoir traité plus de cent cas par cet agent employé seul, à l'intérieur, sauf l'addition d'une substance propre à en modérer le goût, par exemple, à la dose de deux à dix minimes (ou milligrammes) dans un mucilage ou julep gommeux avec la teinture de chloroforme composée, ou tout autre véhicule approprié. A l'extérieur, liniments stimulants sur le thorax et sur le nez. Le goût du médicament est piquant et plus ou moins âcre, et est d'abord désagréable; mais en peu de temps le petit malade s'y habitue et même y prend goût. Sous l'influence du *Benzol* la toux spasmodique cède, l'expectoration diminue de fréquence, devient moins visqueuse, est expulsée plus facilement, et les nausées qui terminent si souvent les quintes ne tardent pas à disparaître. Le praticien doit apprécier par les effets produits le degré d'énergie qu'il faut donner au traitement.

R.

Action thérapeutique de sulfate de spartéine. — Le docteur Clarke (de Bristol) a publié une étude clinique sur l'action thérapeutique de la spartéine, dont nous trouvons un résumé dans *The american Lancet*, de janvier 1888. Les études de ce genre répétées dans diverses localités et par divers praticiens sont d'une haute utilité pour donner un degré suffisant de certitude à la valeur des médicaments nouveaux. Notre confrère de Bristol a observé que le sulfate de spartéine accroît la tension artérielle et régularise le pouls. Le premier effet produit, qui se manifeste environ trente minutes après l'administration du médicament, est une augmentation de la force des battements du cœur, avec ralentissement et action régulière du pouls dans les cas où il y avait fréquence anormale. Tout de suite après ce phénomène, c'est-à-dire environ quarante-cinq minutes ou une heure après l'ingestion, la tension artérielle est accrue, et très peu de temps avant cet accroissement de tension, ou en même temps, la peau devient rouge, injectée, moite, et, dans quelques cas, couverte de sueur. Pendant les deux ou trois heures qui suivent, d'abord la surface du corps reste injectée et chaude, la tension artérielle continue à s'élever, ou au moins à se maintenir à degré plus élevé qu'avant l'administration du médicament, et la fréquence du pouls diminue jusqu'à ce qu'il arrive au taux normal ou en approche, tandis que depuis le début le cœur bat avec une force de plus en plus grande. Puis, le patient éprouve une sensation très marquée de bien-être et de chaleur agréable, coïncidant, si les symptômes suivants existaient, avec la cessation de l'angoisse précordiale, de l'action irrégulière du cœur et de la dyspnée. — La spartéine produit aussi une augmentation, d'ailleurs variable, de la quantité de l'émission urinaire, avec augmentation de l'excrétion de l'urée, correspondant à celle de l'urine. Le docteur Clarke considère cette action diurétique comme une conséquence de l'accroissement de la *vis à tergo*, de l'élévation de la pression du sang, et de l'augmentation de la quantité de sang qui traverse les reins. Cette injection de la surface du corps

a été constante, sauf seulement dans un petit nombre de cas. — Sur la respiration, la spartéine produit d'abord une accélération, puis un ralentissement, qui atteint l'état normal ou en approche, en même temps que les mouvements respiratoires sont beaucoup plus profonds. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Leloir (de Lille) et Lépine (de Lyon), récemment nommés correspondants de l'Académie ;

2° Une lettre de candidature de M. Guignard pour la section de pharmacie ;

3° Un pli cacheté adressé par M. le docteur Faucher (accepté) ;

4° Le compte rendu des maladies et de la mortalité infantiles dans la circonscription de Revin (Ardennes) en 1887, par M. le docteur Séjournet. (Comm. d'hygiène de l'enfance.)

— M. Empis présente, de la part de M. le docteur Chauvel (du Val-de-Grâce), une brochure intitulée : *Notice sur la vie et les travaux du professeur Gosselin.* Discours prononcé à la séance annuelle de la Société de chirurgie par M. Chauvel, secrétaire général.

— M. Galezowski, candidat pour la section des associés libres, lit un travail intitulé : *Des différentes variétés d'atrophie du nerf optique ataxique.*

Voici les conclusions de ce travail :

1° Les atrophies ataxiques comprennent environ les deux tiers de la masse des atrophies papillaires ;

2° Dans un peu plus des deux tiers des atrophies ataxiques, l'existence de la syphilis peut être démontrée ;

3° Enfin, quoique l'atrophie ataxique, en général, ne soit pas guérissable, elle peut être arrêtée dans sa marche, lorsqu'elle est accompagnée d'altérations particulières des vaisseaux.

Ce travail est envoyé à l'examen de la commission des associés libres.

— M. le docteur E. Magitot, candidat pour la section des associés libres, lit un travail intitulé : *Recherches physiologiques et médico-légales sur l'âge.*

Les physiologistes et les médecins légistes se sont préoccupés de tout temps de fixer les signes capables de déterminer l'âge probable, soit d'un fœtus, soit d'un nouveau-né, dans les questions d'identité et dans les problèmes que soulèvent l'avortement et l'infanticide. Or, les livres classiques sont très pauvres en cette matière, et les auteurs se bornent à mentionner certaines observations faites sur le squelette, comme les points d'ossification de quelques os ; mais ces renseignements sont très incomplets et fort souvent inexacts.

C'est pour répondre à ces *desiderata* que M. Magitot a entrepris de nouvelles recherches. Déjà, dans une communication à l'Académie des sciences, en 1874, l'auteur avait, au moyen de l'observation des phases du développement de l'appareil dentaire, et, en particulier, par les dimensions du chapeau de dentine, origine de la couronne des dents, établi des signes d'une parfaite fixité et d'une grande inaltérabilité aux différentes époques de la vie fœtale. Ce sont ces études que M. Magitot a poursuivies, au moyen des mêmes faits anatomiques observés chez le nouveau-né, depuis l'époque de la naissance jusqu'au sixième mois, moment de l'apparition à l'extérieur de la première dent, à l'état normal.

Un tableau annexé au mémoire représente le poids et la taille du nouveau-né, les dimensions du chapeau de dentine pour les différentes dents, l'état du développement des gouttières alvéolaires, le degré d'ouverture de l'angle du maxillaire inférieur et les points d'ossification du squelette en général.

©BIU Santé

Ainsi se trouve résolu le problème de la détermination de l'âge probable de la période prima infantile, avec une précision et une netteté que ne sauraient égaler les documents empruntés à l'état des organes mous, facilement altérables et destructibles dans les conditions diverses où se présente souvent un sujet dans une enquête médico-légale.

Ce travail est renvoyé à la commission des associés libres.

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux associés étrangers.

Classement des candidats : Première ligne, M. Prescott-Hewet; deuxième ligne, M. Longmore; troisième ligne, M. Sir Spencer Wells.

MM. Prescott-Hewet et Longmore sont élus.

M. LE PRÉSIDENT déclare une vacance dans la section de pathologie médicale, par suite du décès de M. Bernutz.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

M. Alfred FOURNIER, rapporteur, donne lecture des articles suivants des conclusions du rapport de la commission.

§ II. — *Hospitalisation. — Traitement.*

Art. 9. — *Le nombre des lits* affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

M. LABORDE demande que l'on ajoute à cette conclusion l'expression d'un vœu pour la création d'un nombre suffisant de dispensaires destinés au traitement des malades, hommes et femmes, atteints de maladies vénériennes ou syphilitiques.

M. LE RAPPORTEUR répond que chaque hôpital de quartier étant destiné désormais à être un centre de consultations et de délivrance gratuite de médicaments pour les malades atteints de syphilis deviendra par là même un dispensaire.

(L'article 9 est adopté.)

Art. 10. — Cette augmentation du nombre de lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de 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. (Adopté.)

Art. 11. — Les *médicaments* propres au traitement des maladies vénériennes seront délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux. (Adopté.)

Art. 12. — Un service de *consultations gratuites*, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'Asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes. (Adopté.)

Art. 13. — Dans les hôpitaux spéciaux, la *consultation externe* 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 les médecins ou chirurgiens titulaires.

Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq ans d'exercice. (Adopté.)

Art. 14. — 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; les locaux affectés à ce service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène. (Adopté.)

§ III. — *Réformes dans l'enseignement.*

Les réformes proposées par la commission sont les suivantes :

Art. 15. — Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes (y compris ceux de Saint-Lazare) à tout étudiant en médecine justifiant de 16 inscriptions. (Adopté.)

Art. 16. — 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.

Après une discussion à laquelle prennent part MM. Brouardel, Laborde, Trélat, Besnier, Bergeron et M. le rapporteur, cet article est modifié de la manière suivante, sur la proposition de M. Trélat. Il serait désirable que tout aspirant au doctorat, avant le dépôt de sa thèse, fît un stage dans un service de vénériens ou de vénériennes.

Art. 17. — Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement de tout le personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare. (Adopté.)

Art. 18. — Attribuer au *concours*, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique. (Adopté.)

Art. 19. — Cet article est supprimé.

Art. 20. — Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourront être composés ainsi qu'il suit :

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.

2° Pour la nomination des médecins du dispensaire, comme pour celle des élèves, quatre médecins du dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

Art. 21. — Cet article, qui, dans les premières conclusions, portait le n° 23, est supprimé.

L'Académie aborde ensuite le paragraphe IV, relatif à la prophylaxie de la syphilis dans l'armée et la marine. Les divers articles de ce paragraphe donnent lieu à une discussion à laquelle prennent part MM. Legouest, qui demande leur suppression, MM. Léon Colin, Le Roy de Méricourt, G. Rochard et Larrey, qui demandent leur maintien. La discussion sur ces articles sera continuée dans la prochaine séance.

— A cinq heures, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Javal sur les candidats au titre d'associé national.

Voici le classement des candidats adopté par la commission : en première ligne, M. Coze (de Nancy); en deuxième ligne, M. Burdel (de Vierzon); en troisième ligne, *ex-æquo*, MM. Raimbert (de Châteaudun), Willemin (de Vichy), Teissier (de Lyon), Renard (de Versailles).

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Loi concernant les écoles supérieures vétérinaires de Milan, Naples et Turin. — Voici les articles principaux de cette loi qui entrera bientôt en discussion à la Chambre :

L'article 1er annexe les Ecoles de Naples et de Turin aux Universités de ces villes, celle de Milan reste rattaché aux Instituts d'enseignement supérieur.

L'article II fixe à 5,000 francs le traitement des professeurs avec droit à l'augmentation quinquennale.

Les directeurs des Ecoles seront nommés par le roi. Les professeurs nommés pour trois ans pourront être maintenus plus longtemps dans leurs fonctions.

Rien de ce qui touche au traitement, à la durée des fonctions de directeurs n'est changé. Ce qui regarde les règlements d'administration et les programmes de l'enseignement technique sera l'objet d'un règlement spécial. (*Gazetta degli ospedali*).

— Le professeur Liebermeister n'a pas accepté la chaire de clinique médicale qu'on lui offrait à l'Université de Leipsig. Il en est de même du professeur Erb.

— Le troisième Congrès des médecins russes se tiendra à Saint-Pétersbourg en janvier 1889.

— Le prochain Congrès de l'American medical Association aura lieu en mai prochain à Cincinnati. — Ch. S.

©BIU Santé

COURRIER

— Par décrets, en date du 24 mars 1888, M. Berson, docteur ès sciences, est nommé professeur de physique à la Faculté des sciences de Toulouse, avec dispense de stage; — M. Fallot, docteur ès sciences, est nommé professeur de géologie et de minéralogie à la Faculté des sciences de Bordeaux; — M. Joly, docteur ès sciences, maître de conférences de chimie à la Faculté des sciences de Paris, est nommé professeur adjoint à ladite Faculté.

— Par arrêté préfectoral, en date du 21 mars 1888, M. le docteur Mary-Durand est nommé membre de la Commission d'hygiène publique et de salubrité du 1er arrondissement de Paris, en remplacement de M. Méteyer, décédé.

— Le conseil général des Facultés de Paris a autorisé, pour le second semestre de l'année scolaire 1887-1888, l'ouverture, à la Faculté de médecine, des trois cours libres suivants : docteur Queyrat (appareil circulatoire); docteur Le Gendre (maladies du tube digestif chez les enfants); docteur Duchâtelet (opérations sur l'appareil génito-urinaire).

Faculté de médecine de Paris. — Le personnel du laboratoire de pathologie expérimentale et comparée, est composé comme suit : chef du laboratoire, M. Wurtz; moniteurs, MM. Sanchez-Toledo, Foureur et Veillon.

Banquet annuel de l'Internat. — Le banquet annuel des internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 7 avril, à sept heures, 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 remis dans les hôpitaux à l'interne en médecine économe de la salle de garde, ou versé directement à l'un des commissaires du banquet : MM. Piogey, Bottentuit et Tillot (Emile).

Nécrologie. — Nous nous associons de tout cœur aux regrets exprimés par notre confrère E. Le Sourd dans la *Gazette des hôpitaux*, au sujet de la mort d'Hippolyte Brochin, son rédacteur en chef et un de nos confrères les plus aimés et les plus sympathiques.

« La *Gazette des hôpitaux* est plongée dans l'affliction la plus profonde; son rédacteur en chef a succombé dimanche dernier, frappé d'apoplexie.

Hippolyte Brochin était né le 13 octobre 1808. Elève de Jules Guérin, il avait, avec Dechambre et M. Diday (de Lyon), préparé, sous ce maître éminent, la carrière qu'ils ont tous parcourue avec le plus grand succès.

Mais, si Brochin était l'écrivain distingué, le médecin prudent, le philosophe profond; s'il déployait les qualités les plus éminentes du journalisme, il y avait, chez lui, une note qui dominait toutes les autres, c'était la bonté. Le seuil de sa maison était doux aux débutants; son accès toujours bienveillant. Dans tout travail, il visait surtout le point utile à la science; sans s'arrêter jamais à la forme, il reprenait l'idée, la parait, la présentait sous son jour le plus favorable, et, bien souvent, l'auteur de la communication lisait, avec surprise, une note élégamment écrite, à la place du travail informe, que les exigences de la vie médicale ne lui avaient pas donné le temps de polir.

Hippolyte Brochin était un rédacteur en chef accompli. Toutes ses pensées étaient concentrées sur le journal, aux destinées scientifiques duquel il a présidé pendant trente-cinq années. On appréciera son tact et sa délicatesse, lorsqu'on saura que, dans sa longue carrière, il n'a compté que des amis ».

QUINIUM-ROY *granulé*, extrait normal de quinquina soluble.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin.. — II. Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Oran. — III. Bibliothèque : Traité des maladies des yeux. — IV. Revue des journaux : La langue noire. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Prenez mon eau ! — IX. Formulaire.

BULLETIN

Il y avait une fois, à l'hôpital Bichat, une petite baraque en bois, qu'on avait placée au moment du choléra sur les fortifications. Le génie militaire s'en aperçut et la fit démolir dans les quarante-huit heures, parce qu' « elle gênait la défense de Paris ».

Aujourd'hui, par un commun accord entre les ingénieurs de l'Etat et ceux de la Compagnie de l'Ouest, on fait passer le chemin de fer de ceinture en pleine fortification. Il paraît qu'un chemin de fer est moins gênant qu'une baraque pour la défense d'une ville, car le génie militaire ne fait pas d'opposition.

Malheureusement, l'hôpital est un lieu où se trouvent des malades et des opérés qui ont besoin de dormir en paix. On ne leur a pas demandé si la trépidation des voitures et le sifflet des locomotives leur sembleraient gênants. Nous sommes loin du jour où le Conseil municipal émettait le vœu que le pavage en bois fût substitué au pavage ordinaire, pour atténuer le vacarme des lourds chariots qui passent nuit et jour aux abords de l'hôpital Bichat.

FEUILLETON

PRENEZ MON EAU ! (1).

Chez le docteur Bitourou, boulevard des Batignolles, un jour du mois d'avril.

— Docteur Ruelle, veuillez entrer.

— Très honoré confrère, comme ma carte vous l'a annoncé, je suis ex-médecin-inspecteur aux eaux de Frédefons, et n'ayant pas l'honneur de vous connaître, j'ai pris la liberté de vous faire une visite afin de vous recommander ma station..... Remarquez, je vous prie, que si je mets sur mes cartes de visite : « ex-médecin-inspecteur aux eaux de Frédefons », ce n'est pas parce que je n'y exerce plus ; au contraire, j'y suis fixé plus que jamais, aujourd'hui surtout où je suis allégé de toute attache officielle. C'est, en effet, pour protester contre un mauvais tour qu'a cru me jouer le gouvernement, en me destituant sous prétexte de tiédeur politique, que je conserve et même que je souligne mon titre d'ex-médecin-inspecteur pour que le public, notre grand juge à tous, puisse comparer celui qui a la confiance du gouvernement avec celui qui ne l'a plus.

— Personne, assurément, ne saurait vous désapprouver, cher confrère ; maintenant,

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

©BIU Santé

Le plus curieux, c'est qu'on n'a pas consulté l'Assistance publique, pour savoir si le projet qu'on exécute en ce moment était contraire aux intérêts qui lui sont confiés. Tout s'est fait sans mot dire; on cherche la trace d'une enquête *de commodo et incommodo;* les travaux commençaient quand le directeur général a connu la décision prise.

Déjà la voie est tracée, les masses de bois s'accumulent, la boue environne l'hôpital et en rend l'accès difficile. On a rasé les arbres, inutilement d'ailleurs, car la voie, qui devait passer sous les murs mêmes de l'hôpital, est reculée, par un tardif remords, à une distance de huit mètres, au milieu du boulevard Ney. Ces huit mètres suffisent pour tranquilliser la conscience de nos ingénieurs; mais ils ne suffiront pas pour laisser dormir les malades.

Aussi ne pouvions-nous manquer de nous associer à la protestation de notre collègue et ami Terrier, qui vient d'écrire au *Progrès médical* une lettre où ces faits quelque peu étranges et bien dignes de l'ataxie administrative dont la France pâtit, sont appréciés dans un langage incisif et mordant. — L.-G. R.

— La discussion sur la prophylaxie publique de la syphilis a examiné les points relatifs : à l'organisation des hôpitaux spéciaux, qui seront créés en différents endroits de la capitale, et des services spéciaux dans les hôpitaux généraux existant actuellement; — à l'instruction des élèves, pour lesquels la commission voulait exiger un stage de trois mois dans ces hôpitaux; mais M. Brouardel qui, malgré tous ses efforts, n'a pu encore obtenir que tout étudiant ait fait avant de passer sa thèse trois mois de stage dans un service d'accouchements, ne peut s'engager à faire mieux pour les maladies vénériennes; aussi la commission, sur l'avis de M. Trélat, s'est-elle vue obligée de transformer sa formule impérative en un simple vœu et à dire : « Il serait désirable que les élèves fassent trois mois de stage »; — au recrutement du personnel médical, chefs de service, élèves internes et externes, chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare, et de la surveillance

---

veuillez donc me rappeler — car je suis fort ignorant en hydrologie — quelle est la caractéristique de vos eaux, quel est le principe essentiellement actif.

— Il n'y a pas, il ne doit pas y avoir ignorance de votre part, très honoré confrère; vous suivez avec trop d'attention les progrès de la science pour parler d'ignorance... Dites qu'il y a oubli; cela peut être vrai..... et quoi d'étonnant d'ailleurs : songez que nous avons en France quelque chose comme trois cents à trois cent-cinquante stations hydro-minérales, et que s'il fallait se rappeler exactement la composition et les propriétés de toutes leurs sources, il n'y a pas de mémoire de praticien qui y suffirait..... Sans doute, il y en a peu, très peu même, qui aient l'importance de Frédefons; mais chacune réclame sa place au soleil.

— Mais dites-moi un peu, confrère, ce qui justifie l'importance attribuée à vos eaux. Je vous crois sur parole, c'est entendu; mais, enfin, je tiens — si par hasard j'avais quelqu'un à convertir — à ce que ma religion soit éclairée.

— Ce qui justifie la prééminence de notre station, ce sont les résultats vraiment remarquables qu'obtiennent les malades qu'en y envoie, tous les ans en plus grand nombre.....

— Oui, sans doute; mais à quel élément minéralisateur ces eaux doivent-elles leur action thérapeutique?

— C'est juste, c'est juste, honoré confrère; j'avais oublié d'insister sur ce point, et vous faites bien de me le rappeler..... C'est à la présence de l'urane.

— L'urane?.....

des filles inscrites au dispensaire de salubrité publique. Toutes ces nominations seront faites au concours et la composition du jury a été décidée par le vote de l'Académie.

M. Galezowski a apporté un argument indirect à la nécessité de prévenir la syphilis en démontrant à nouveau que les atrophies papillaires surviennent dans les deux tiers des cas chez des ataxiques et que ceux-ci, dans les deux tiers des cas, sont des syphilitiques.

Signalons encore, à l'Académie de médecine, la lecture par M. Magitot d'un travail sur la recherche de l'âge du fœtus, au point de vue physiologique et médico-légal, d'après l'examen du chapeau de dentine, et, à l'Académie des sciences, un mémoire de M. Poncet (de Lyon) sur une déformation des mains en crochet, chez les ouvriers verriers, due à l'usage prolongé de la canne qui sert à souffler le verre; enfin, un travail de M. Boucheron, sur la surdité pour les harmoniques de la parole dans l'otopiésis.

A la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle, M. L. Championnière a démontré que la désinfection des baraques de varioleux pouvait être faite assez parfaitement pour qu'on puisse les transformer sans inconvénients en salles de chirurgie, et qu'il en était de même pour les salles des vieux hôpitaux. On pourrait appliquer les mêmes procédés de désinfection aux services de médecine, et obtenir ainsi des hôpitaux excellents au point de vue de l'antisepsie, sans être obligé d'en construire de nouveaux. On pourrait ainsi résoudre la question hospitalière à peu de frais, sans être obligé de surcharger le budget de l'Assistance publique. Les difficultés véritables concernent le personnel des infirmiers; de très grands progrès ont été réalisés sous ce rapport; mais ils sont arrêtés, parce que l'argent épuisé par les constructions manque. — L.-H. P.

Le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Oran.

L'Association française pour l'avancement des sciences est venue pour la seconde fois tenir sa session en Algérie; elle n'avait pas oublié l'accueil si sympathique qu'elle avait

— Oui, honoré confrère, l'urane..... Cela ne vous dit rian, l'urane; cela vous étonne même d'entendre parler d'une substance dont le professeur de thérapeutique de la Faculté a oublié, — et pour cause — de vous entretenir..... Il faut vous dire, du reste, que c'est seulement dans ces derniers temps qu'on a découvert la présence de ce précieux métal dans nos eaux, et alors on a pu s'expliquer maints effets dont on ne se rendait pas bien compte avec la composition chimique de nos eaux telle qu'on la connaissait auparavant, ainsi que je l'ai montré dans plusieurs notes communiquées à la Société de biologie, à l'Académie de médecine et enfin à l'Institut.

— Et quelle est la proportion d'urane trouvée dans l'eau de Frédefons?

— De deux à trois dixièmes de milligrammes par litre...., Cela paraît peu, au premier abord; mais cette faible dose, par le seul fait que l'urane se trouve dans une eau vivante — passez-moi cette expression — acquiert une puissance dynamique qui en décuple et peut-être en centuple l'effet, qui devient alors vraiment étonnant.

— Eh bien, cher confrère, puisque l'urane a des propriétés que je ne soupçonnais pas, je tâcherai de me mettre au courant de la question, et si je vois qu'il ait quelque chance de réussir, notamment dans la dyspepsie.....

— Dans la dyspepsie?..... Je crois bien!..... L'urane a une action élective sur tous les organes abdominaux, car il agit comme vaso-constricteur sur toute la circulation porte, et en favorisant ainsi le fonctionnement de tous les viscères tributaires de cette circulation, il régularise aussi celui des organes thoraciques, et par suite...,

©BIU Santé

reçu il y a sept ans à Alger, aussi a-t-elle accepté avec empressement l'invitation qui lui fut faite par la ville d'Oran; malgré la rigueur de la saison en France, ou peut-être plutôt à cause de cela, les congressistes n'ont pas hésité à s'y rendre en foule; le nombre des membres inscrits pour le départ est de 600 à 700 environ.

La séance d'ouverture du Congrès a eu lieu jeudi dernier 29 mars, dans la salle du Cirque, sous la présidence de M. le colonel Laussedat, directeur du Conservatoire des arts et métiers, assisté du maire de la ville, du préfet du département, du président du comité local; M. le docteur Mondot, médecin de l'hôpital civil; du secrétaire général, M. le docteur Brégeat; de MM. de Clermont, secrétaire de l'Association française, Gariel, secrétaire du conseil, Verneuil, ancien président de l'Association, et de diverses notabilités civiles et militaires.

M. Laussedat avait choisi pour sujet de son discours l'influence civilisatrice des sciences appliquées aux arts et à l'industrie. L'Association française n'existait pas encore, que déjà les savants français avaient beaucoup fait pour les arts et l'industrie en Algérie, surtout les savants militaires, par la création des voies de communication; aussi M. Laussedat a-t-il tout d'abord cru devoir rappeler le rôle joué par la science dans la civilisation de l'Algérie, et exprimer le vœu que l'action civilisatrice de la France s'étende bientôt aux parties de ce merveilleux pays qui sont encore en proie à la barbarie.

« Après avoir conquis l'Algérie par les armes, dit-il, nous nous sommes donné la mission de faire pénétrer la civilisation dans un pays arriéré, qui en était encore aux mœurs du moyen âge.

« Cette mission, nous l'avons déjà accomplie en grande partie, à travers bien des obstacles de toute nature, en creusant des ports, en élevant des phares sur toute la côte, en construisant des routes et des voies ferrées, en développant les anciens centres de population, en en créant de nouveaux, en assainissant le pays, en le cultivant mieux, en essayant, après bien des tâtonnements, de constituer la propriété individuelle en fondant des institutions de crédit, enfin en ouvrant des écoles et jusqu'à une Université, laissez-moi donner ce nom à l'Académie d'Alger.

« La population indigène, qui commence à en ressentir les bienfaits, est-elle vraiment réfractaire à une civilisation que nous voudrions lui imposer? Ne sent-elle pas, dès à présent, les avantages inappréciables que lui procure la sécurité dont on jouit ici tout autant, si ce n'est plus, que dans bien des contrées de l'Europe que je pourrais citer?

— Je vous demandais cela parce que j'ai précisément en ce moment un dyspeptique auquel le traitement médicinal ne paraît pas réussir beaucoup.

— Vous pouvez, très honoré confrère, me l'envoyer en toute confiance; je vous le rendrai si bien guéri que je ne crains qu'une chose, c'est que vous ne trouviez que je ne vous laisse plus rien à faire.....

— Qu'à faire alors l'éloge de vos eaux.

— Et vous verrez qu'il sera mérité..... J'aurai l'honneur de vous envoyer les notes sur l'urane que j'ai communiquées aux Sociétés savantes, et vous serez obligé de reconnaître quelle bonne fortune c'est pour nos eaux de posséder une pareille substance.

— Ce sera pour moi une véritable révélation.

— Surtout, quand vous m'adresserez votre malade, veuillez bien lui recommander de ne pas confondre avec le médecin-inspecteur, et bien obligé d'avance.

— Au plaisir de vous revoir.

(La bonne annonce le docteur Badouille.)

Bitourou, qui commence à en avoir assez, s'est décidé, pour que la conversation ne traîne pas en longueur, à rester debout, adossé à la cheminée; mais comme il tient à être poli, il dit au nouvel arrivant :

— Veuillez donc vous asseoir, confrère.

— Merci, je ne m'assieds jamais..... Eh bien, mon cher ami, comment ça va?

— Mais, pardon...., je ne vous remets pas très bien.....

— Le docteur Badouille, parbleu!

« Si les changements qui se produisent ou que l'on peut prévoir troublent les habitudes d'une aristocratie qui a les mêmes défauts et les mêmes qualités que celles dont les traces subsistent un peu partout, même chez nous, il faudrait être aveugle pour ne pas reconnaître que la marée montante de la science moderne, en prenant partout possession du sol, va les effaçant çà et là, plus ou moins rapidement, mais irrésistiblement, et ce qui doit nous donner la confiance que cette transformation inéluctable achèvera de s'opérer sans de trop violentes secousses, chez les Arabes auxquels je fais allusion en ce moment, — car les Berbères qui ont toujours aimé le travail me semblent hors de cause, — c'est que cette race si bien douée a laissé elle-même dans l'histoire une trace lumineuse dont il ne serait ni juste ni politique de méconnaître la puissante, la bienfaisante influence sur notre propre civilisation.

« Presque tous, tant que nous sommes dans ce Congrès, géomètres, astronomes, physiciens, chimistes, médecins, naturalistes, nous employons journellement, dans notre langage scientifique, des mots que nous devons à la renaissance arabe, et nous connaissons les noms vénérés des grands hommes qui, après avoir préservé d'une destruction complète les chefs-d'œuvre, les trésors de la science grecque, les ont étudiés, commentés, développés, ont fait eux-mêmes de grandes découvertes, créé des sciences nouvelles et des arts nouveaux.

« Ou l'atavisme n'est qu'un vain mot, ou bien il ne serait pas surprenant qu'un jour, et c'est là mon vœu, les Facultés d'Alger, et par la suite celles d'Oran et de Constantine, devinssent des foyers intellectuels, non seulement pour les Français d'origine, mais pour les indigènes qui les fréquenteraient comme leurs ancêtres ont fréquenté les écoles célèbres de Bagdad, de Cordoue, de Séville et de Grenade, ou même celles de Tlemcen, de Fez, de Tanger et du Maroc.

« Ce vœu me semble d'autant plus naturel, Messieurs, que notre langue devient de jour en jour plus familière aux Arabes, qui prennent plaisir à la parler et dont un assez grand nombre déjà s'expriment avec facilité, quelques-uns même, assure-t-on, avec élégance, la plupart avec un accent irréprochable. Ce symptôme n'est-il pas excellent, et, comme le disait, avec autant de bonne humeur que d'autorité, M. Renan, dans une circonstance récente, notre langue, claire, harmonieuse, gaie, humaine, ne se fait-elle pas aimer et ne nous fait-elle pas aimer avec elle de tous ceux qui la comprennent bien et que l'envie ou l'orgueil n'aveuglent pas?

« C'est par elle, par les idées élevées et généreuses qu'elle sait si bien exprimer et faire pénétrer dans les âmes que le fanatisme, cette plaie de tous les temps et de tous les

---

— Badouille....., Badouille.....? Oui, il me semble que votre nom ne m'est pas tout à fait inconnu, mais je ne me rappelle pas au juste.....

— Comment! Vous ne vous rappelez pas le docteur Badouille, médecin consultant aux eaux de Bonnesource?..... Même que j'ai eu le plaisir de venir vous faire une visite l'an dernier, à pareille époque, pour vous remettre en mémoire les propriétés merveilleuses de nos eaux.....

— Ah! très bien, j'y suis maintenant.

— Eh! tenez, nous nous sommes rencontrés cet hiver à l'enterrement — les enterrements et les banquets, je n'en manque pas un — je disais donc..... à l'enterrement du professeur Gagnon — quelle croûte, hein, que ce Gagnon! — et, vous vous rappelez, pendant l'Evangile, je vous ai raconté cette histoire qui vous a tant amusé sur le mariage de Coulange.

— Parfaitement, parfaitement..... Oui, très drôle, en effet, cette histoire, je ne la connaissais pas.

— Mais, mon cher, tout le monde connaît ça dans le monde médical..... Mais, parlons de choses plus sérieuses; je viens vous rappeler votre promesse..... vous savez?

— Quelle promesse? Je n'ai pas souvenir.....

— Eh bien (en même temps Badouille tire sur un des boutons de la redingote de Bitourou) vous m'aviez promis de m'envoyer quelques malades.

— Ah oui! Mais, que voulez-vous? Je n'ai pas trouvé d'occasion.

— Vous en avez cependant envoyé aux eaux?

©BIU Santé

pays, a été victorieusement combattu sinon détruit entièrement partout où a pénétré notre littérature et pourra se guérir ici comme ailleurs.

« Attirons donc à nous, dans nos écoles d'Algérie qu'on ne saurait trop multiplier, les jeunes générations de toutes les races, traitons-les avec la même sollicitude et nous pourrons bientôt compter sur le dévouement de tous à ce que, dans leur reconnaissance, ils appelleront la patrie commune. Si l'on m'accusait d'illusions, je répondrais que nous avons déjà vu un grand nombre d'indigènes s'attacher fortement à la France, et, ici même, aux portes d'Oran, nous avons éprouvé la fidélité des Douair et des Smela, au temps des fanatiques prédications d'Abd-el-Kader et de ses rêves ambitieux.

« Qui de nous ne s'est senti touché, durant la dernière et funeste guerre de 1870-71, de la conduite héroïque de nos corps indigènes devant l'ennemi, et que ne serions-nous pas en droit d'attendre de cette race guerrière, quand elle sera devenue définitivement française? Pour ma part, comme soldat, je me fais un devoir d'honorer le souvenir des braves gens qui se sont fait tuer pour sauver avec nous l'honneur du pays. Comme Français encore, je souhaite que nous trouvions les moyens les plus sûrs de convaincre les indigènes de la supériorité, de la nécessité de notre civilisation et de les y rallier le plus promptement possible. »

Ancien officier du génie, ayant toujours présent à la mémoire le souvenir des désastres de 1870-71, au lendemain desquels est née l'Association française, M. Laussedat ne pouvait s'empêcher de faire quelque allusion à l'antagonisme, aussi bien scientifique que militaire, qui existe entre l'Allemagne et la France. Le rôle de la science en temps de guerre est appelé à grandir de plus en plus; mais, pensant que ses collègues en l'appelant à la présidence du Congrès avaient eu en vue plutôt le directeur du Conservatoire des arts et métiers que l'ancien officier du génie, M. Laussedat n'a pas insisté sur le côté politique du sujet. Cependant, en traçant à grands traits et avec une grande élévation de pensée l'histoire de l'influence civilisatrice de la science en général, l'orateur ne pouvait échapper à l'obsession patriotique qui s'est emparée de lui, comme de tant d'autres, et qui perce en maints passages de son discours.

Après avoir rappelé que la France a fondé les premiers établissements populaires destinés à répandre le goût des sciences dans toutes les classes de la société et à multiplier ainsi le nombre des hommes capables d'en faire d'utiles applications, il se justifie d'avoir invoqué ces souvenirs, parce « qu'il est de mode aujourd'hui, dans plusieurs pays voisins, d'essayer d'amoindrir les services que la France a rendus à la civilisation. Et cette ingratitude est d'autant moins excusable que plusieurs d'entre eux lui doivent

---

— Oh! Bien peu....., guère plus d'une demi-douzaine. Là dessus, j'en ai envoyé un à Langeac, où il a été soigné par le docteur Pastoureau.

— Ah! Cet intrigant de Pastoureau!

— J'en ai expédié un autre, qui m'ennuyait beaucoup, à Portara, sur la frontière espagnole, le plus loin que j'ai pu....., pour ne pas le revoir de si tôt.

— Il fallait l'envoyer à Bonnesource; c'est moins loin, c'est vrai; mais je l'aurais gardé, si vous aviez voulu, toute la saison....., pour vous rendre service..... D'ailleurs, vous auriez pu me les adresser tous.

— C'eût été, ce me semble, absolument impossible, car aucun de ces cas ne rentrait dans ceux que vous traitez à votre station.

— Erreur; mon cher ami, erreur! Avec un peu de boune volonté.....

— Comment! Avec un peu de bonne volonté, on peut envoyer des malades où l'on veut?

— Mais sans doute!..... En somme, qu'est-ce qu'on leur a fait faire à vos malades? On leur a prescrit des bains ou des douches, et on leur a fait boire de l'eau, n'est-ce pas?..... C'est bien ça?..... Eh bien, j'aurais pu leur faire faire tout cela à ma station, tout comme là où ils sont allés.

— Et le résultat?

— Et le résultat n'aurait pas été moins bon.

— Tiens, tiens! Mais, c'est une nouvelle théorie, çà, une nouvelle façon d'interpréter l'action des eaux minérales.

leur affranchissement, leur indépendance, presque toutes les institutions libres dont ils jouissent. »

Il est difficile de résumer l'histoire des sciences, si brièvement que ce soit, sans parler de Humboldt; M. Laussedat l'a fait avec infiniment d'à-propos. Voulant démontrer combien la vraie science a contribué à faire progresser la civilisation, il cite à l'appui de ses arguments une opinion émise par le savant allemand dans son introduction du *Cosmos*. « On ne m'accusera donc pas, dit-il, de ne jurer que par les savants français, et je saisis cette occasion de déclarer de nouveau, en votre nom comme au mien, que nous honorons, que nous estimons, que nous aimons tous ceux qui sont dévoués, comme nous le sommes nous-mêmes, au culte de la vérité et de l'humanité. Humboldt était un de ceux-là, et, pour ma part, c'est avec autant de respect que de reconnaissance que je lui emprunte les sages réflexions, les sages conseils que voici :

« De même que dans les sphères élevées de la pensée et du sentiment, dans la philosophie, la poésie et les beaux-arts, le premier but de toute étude est un but intérieur, celui d'agrandir et de féconder l'intelligence, de même aussi le terme vers lequel les sciences doivent tendre directement, c'est la découverte des lois, du principe d'unité qui se révèle dans la vie universelle de la nature. En poursuivant la route que nous venons de tracer, les études physiques n'en seront pas moins utiles aux progrès de l'industrie, qui est une conquête de l'homme sur la matière. Par une heureuse connexité de causes et d'effets, souvent même sans que l'homme en ait la prévision, le vrai, le beau, le bon se trouvent liés à l'utile. L'amélioration des cultures livrées à des mains libres et dans des propriétés d'une moindre étendue; l'état florissant des arts mécaniques délivrés des entraves que leur opposait l'esprit de corporation; le commerce agrandi et vivifié par la multiplicité des moyens de contact entre les peuples, voilà les résultats glorieux des progrès intellectuels et du perfectionnement des institutions politiques dans lesquels ces progrès se reflètent. Le tableau de l'histoire moderne devrait convaincre ceux dont le réveil paraît tardif. »

Je ne saurais, sans courir le risque d'en amoindrir l'effet, rien ajouter à ce tableau. Si le programme qu'il renferme était universellement adopté et suivi résolument, les nations ne tarderaient pas à se rapprocher de ce but, rêvé par les amis de la paix, de la substitution de l'arbitrage aux maux de la guerre, chez les peuples civilisés.

Que l'Allemagne, pour commencer, suive le conseil si sage de Castelar et nous rende l'Alsace et la Lorraine, inconsolables, comme nous, d'une séparation violente que rien ne justifie, ni les affinités, ni la sécurité du nouvel empire; elle pourrait être asssurée

---

— Mais non, mais non! Il n'y a là rien de bien nouveau..... Entre nous, là, voyons, croyez-vous qu'il puisse y avoir une grande différence entre l'action que produisent les quelques décigrammes de sels contenus dans les eaux de Bonnesource, et celle.....

— Oh, oh! confrère, vous émettez là des opinions bien fantaisistes..... Mais je ne vous suivrai pas sur ce terrain; cela nous mènerait trop loin. J'aime mieux vous croire sur parole, et vous dire que je ferai de mon mieux pour diriger de votre côté le plus possible d'amateurs de voyages circulaires qui auront quelque chose à soigner. Ainsi, tenez, j'ai en ce moment un dyspeptique qui.....

— Je le retiens!..... Ça en fera toujours un..... Du reste, — c'est bien plus simple — envoyez-moi tous ceux qui auront quelque chose à soigner, comme vous disiez tout à l'heure, et vous savez aussi bien que moi qu'on a toujours quelque chose à soigner..... A propos, mon cher (ici Badouille reprend le bouton de la redingote et tire dessus avec plus d'insistance), vous savez qu'à ma station, depuis la dernière saison, nous avons pris la spécialité des enfants.

— Quelles maladies des enfants traitez-vous?..... Je ne comprends pas très bien le mode d'action.....

— Ça ne fait rien; vous pouvez nous envoyer tous les petits malingreux, chlorotiques, étiques, rachitiques, etc., tous ces enfants chez les ascendants desquels il y a quelque tare organique..... Il y a longtemps que je pensais à cela; la mer accapare toute cette énorme clientèle, me disais-je; on pourrait en détourner une partie..... C'est très lucra-

©BIU Santé

que la France républicaine n'irait jamais troubler ses savants dans leurs travaux, dont elle est la première à reconnaître le très grand mérite. Si Humboldt vivait encore, il se porterait garant, j'en suis convaincu, de nos intentions.

Cet homme éminent et excellent avait, en effet, vécu à Paris, où il revenait souvent, sans doute parce qu'il avait mangé le lotus qui y croît tout aussi bien qu'en Afrique; il y avait travaillé au Muséum, à l'École polytechnique, dans le laboratoire de Gay-Lussac, avec son grand ami Arago, à l'Observatoire, avait assisté aux merveilleuses expériences d'Ampère, applaudi aux brillants débuts du jeune ingénieur voyageur qui devait devenir le grand chimiste Boussingault, et s'est convaincu, par une longue fréquentation de nos compatriotes, que les siens avaient bien tort de traiter cette France sympathique d'ennemie héréditaire, expression lamentable que l'on pourrait si aisément et plus justement retourner.

J'ose affirmer que ce grand esprit eût été profondément affligé s'il avait pu prévoir que ce serait de son pays qu'un jour serait lancée cette sentence tristement célèbre, empruntée sans vergogne aux temps de la barbarie et qu'il eût tout le premier considérée comme un symptôme non équivoque de décadence intellectuelle et morale chez ceux qui se la laisseraient imposer comme un article de foi. »

Nous n'insistons pas sur les autres parties de ce discours, relatives surtout aux rapports des sciences mathématiques, physiques et chimiques avec les progrès de l'industrie et de la civilisation.

M. de Clermont, sous-directeur du laboratoire de chimie à la Sorbonne, secrétaire de de l'Association, a ensuite relaté l'histoire de celle-ci depuis le dernier Congrès, à Toulouse.

M. le maire d'Oran, dans un discours très sympathique, a souhaité la bienvenue aux membres du Congrès.

M. Gariel, au nom du trésorier, M. Galante, a fait l'exposé sommaire des finances de l'Association, qui n'a pas varié depuis le dernier Congrès, à cause du court espace de temps qui le sépare de celui d'Oran. — P.

BIBLIOTHÈQUE

TRAITÉ DES MALADIES DES YEUX (3e édition), par le docteur X. GALEZOWSKI. — Baillière, éditeur.

La troisième édition du *Traité des maladies des yeux* du docteur Galezowski vient de

tif, vous savez, la clientèle des enfants..... Et puis, quand on a les enfants, on a forcément les mamans, et comme nous avons déjà comme spécialité les messieurs,.....

— Vous aurez alors toute la famille.

— Toute la famille, mon cher ami, comme vous le dites très bien. Ainsi, c'est entendu, on peut compter sur vous..... N'oubliez pas Bonnesource..... et surtout les enfants..... A propos, voici précisément ma dernière brochure, qui est consacrée à l'action spéciale des eaux de Bonnesource sur les enfants..... Merci d'avance.

Bitourou a à peine eu le temps de reconduire Badouille qu'un monsieur entre précipitamment dans son cabinet.

— Mon cher confrère, je ne viens pas vous faire une visite..... Vous devez en être obsédé..... D'ailleurs, moi, je n'en fais pas; mais si vous avez besoin de quarante ou cinquante bouteilles de l'excellente eau de Saint-Ramond, l'*amie de l'estomac*, comme on l'appelle, vous n'avez qu'à me les demander; je serai trop heureux de vous les faire adresser à titre gracieux. Voici ma carte,..... et puis en voici quelques autres pour les confrères de votre connaissance qui voudraient m'honorer de leur confiance. Je ne vous retiens pas une seconde de plus..... Mais, surtout, n'oubliez pas la merveilleuse eau de Saint-Ramond.

Bitourou, légèrement ahuri :

— Au moins, il n'a pas été long celui-là; mais si ce que m'a dit l'inventeur de l'urane est vrai, s'il y a réellement 300 à 350 stations, en admettant que je ne reçoive la visite que d'un seul représentant de chaque station, ça me promet des après-midi très ani-

paraître. Nous avons retrouvé dans cet ouvrage, complètement remanié et refondu, les précieuses qualités qui ont assuré le succès des précédentes éditions ; c'est une œuvre éminemment clinique et pratique.

Tout en accordant une juste place aux théories et aux questions d'érudition pure, tout en réservant aux formules et à la partie mathématique les développements nécessaires à l'intelligence du sujet, le savant spécialiste a tout rapporté dans son livre et tout subordonné au malade. Citons à ce point de vue clinique les chapitres relatifs aux affections oculaires dans la grossesse, chez les saturnins, etc.

Mais le médecin n'a pas été oublié. C'est pour répondre aux continuels besoins des praticiens que nous trouvons résumé dans les dernières parties du traité tout ce qui a trait à l'hygiène de l'œil, que nous trouvons consignés dans un chapitre spécial tous les renseignements et documents concernant les affections oculaires au point de vue du recrutement de l'armée, du fonctionnement du conseil de révision, de l'admission des candidats aux écoles militaires, etc. C'est dans ce même but qu'ont été exposées avec soin toutes les questions médico-légales relatives aux accidents et traumatismes de l'œil afin que tout médecin requis comme expert pût trouver avec des exemples de chaque catégorie de cas à juger de nombreux modèles de rapport. C'est dans la même pensée enfin que de nombreuses pages ont été consacrées aux moyens de déjouer les simulations si difficiles à dévoiler dans les cas d'amaurose ou d'amblyopie sans lésion.

Il nous paraît difficile d'indiquer les modifications, changements et additions apportés aux éditions précédentes, la plus grande partie de l'ancien texte nous paraît avoir disparu. Il n'en pouvait être autrement : la science a bien marché depuis l'époque relativement récente où était publiée la deuxième édition, et les recherches bactériologiques, l'antisepsie, l'insensibilisation locale, pour ne citer que ces côtés du sujet, ont bouleversé l'ophthalmologie comme les autres parties du domaine médical.

Parmi les principaux chapitres remaniés, citons particulièrement celui des cataractes où se trouve exposé le procédé de l'auteur d'extraction à lambeau sans iridectomie ; les chapitres relatifs au glaucome, sujet de tant de controverses depuis l'apparition de la théorie de la filtration oculaire, le chapitre consacré à l'ophthalmie sympathique, aux amblyopies, à la simulation, etc., etc.

Parmi les parties ajoutées, signalons surtout l'héméralopie, la migraine ophthalmique, la kératoscopie, l'ophthalmotomie postérieure, la suggestion en thérapeutique oculaire, etc., etc.

Il est encore un point par lequel se recommande le livre de M. Galezowski.

---

mées..... Après tout, ces messieurs sont généralement très bien ; quelques-uns sont même fort décoratifs ; ils passeront aisément, aux yeux des gens qui attendront, ainsi que de mon concierge, pour des clients de choix..... Il faudra alors que je leur trouve quelque autre malade en espérance, car je ne puis faire miroiter à tous le même dyspeptique..... Bah ! Je découvrirai bien quelque rhumatisant..... ; muni de ces deux cas, je n'ai plus qu'à attendre de pied ferme le défilé.

TRAITEMENT EXTERNE DU LICHEN. — E. Vidal.

Dans le cas de lichen simplex aigu, les précautions de régime, les boissons émollientes et quelques soins d'hygiène et de propreté peuvent suffire pour amener la guérison. On prescrit, en outre, quelques bains d'amidon ou d'eau de son, des lotions avec de l'eau de guimauve ou de graine de lin, additionnée d'une décoction de têtes de pavots, des applications de poudre d'amidon ou de lycopode, et dans les cas très intenses, des cataplasmes d'amidon ou de fécule froids. On peut aussi conseiller des bains froids de 10 à 15 minutes de durée, contenant de 1 à 2 litres de vinaigre par bain. Enfin, on obtient également de bons résultats, avec des lotions de décoction de racine d'aunée (30 à 50 gram. de racine par litre), auxquelles on ajoute un cinquième ou un quart de vinaigre ou d'alcool. On en humecte rapidement la peau ; puis, sans essuyer, on la saupoudre d'amidon ou d'un mélange de poudre d'amidon (4 parties) et d'oxyde de zinc (1 partie).

N. G.

©BIU Santé

Certes l'auteur a fait de larges emprunts à la littérature étrangère et surtout à l'ophthalmologie anglaise et américaine ; certes il rend justice à la science allemande, mais c'est surtout sur ce qui se fait en France qu'il a porté son attention ; c'est des maîtres français Descartes, Daviel, Desmarres, etc., qu'il se recommande, c'est aux travaux de l'Ecole de la Faculté (Panas), de l'Ecole du Val-de-Grâce, aux travaux de la Société française d'ophthalmologie qu'a puisé l'auteur, l'un des plus zélés pionniers.

En somme, toutes ces qualités font du traité des maladies des yeux de M. Galezowski un livre utile que tous nos confrères auront à consulter. — Dr Ch. Schmit.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ALLEMANDS.

La langue noire (*Wien. med. Blætt.*, 1887, n° 20). — La langue noire, dont le docteur Schech a publié une observation à Munich, n'implique guère d'autre symptôme subjectif qu'une légère sensation de sécheresse. Les symptômes objectifs consistent dans une tache d'un noir brunâtre, ou plus rarement bleuâtre, qui s'étend des papilles caliciformes vers la pointe, sans atteindre le bord de la langue, et dans un aspect déprimé du raphé au milieu des filaments colorés, que l'auteur allemand compare aux soies d'un chapeau brossé à rebrousse-poil; sous le doigt, glissant d'arrière en avant, la tache devient lisse momentanément.

Les parties examinées par le docteur Schech lui montrèrent au microscope une véritable forêt de filaments ramifiés, constitués par les cellules épidermiques des papilles filiformes hypertrophiées et colorées d'une teinte uniforme sur toute leur longueur sans aucun espace moins riche ou plus riche en pigment. Entre ces filaments (que gonfle l'acide acétique et que jaunit la potasse) se trouvent des leptothrix, des coccus et des bâtonnets divers au milieu de débris d'aliments. Mais dans les filaments eux-mêmes, l'auteur n'a pu découvrir aucune sorte de micro-organisme. Et même la masse granuleuse, composée en majeure partie de leptothrix et de coccus, qui pénètre et remplit l'épiderme moins dur et moins sec des papilles normales, manque absolument sur les papilles colorées, dont l'épithélium plus corné offre un terrain plus résistant aux micro-organismes de la cavité buccale. — N'ayant pu constater ici aucune espèce de microphyte particulier, le docteur Schech rejette l'opinion de Gubler, de Raynaud, de Dessois, de Sell et de Batling, qui classent cette affection parmi les parasitaires, et il en fait une hypertrophie épithéliale, cornée et pigmentée, indépendante de toute mycose.

En relisant la thèse de Dessois (Paris, 1878), on peut voir que le docteur Schech reprend ici les conclusions formulées déjà par Eulenburg, en Allemagne, et par Bertrand (de Saint-Germain), en France, et en rapprochant leurs observations on est tenté d'admettre, pour les cas de langue noire, malgré l'analogie des symptômes objectifs, deux types étiologiques différents.

Le docteur Roth a signalé deux cas, tout à fait analogues, dans le *Wien. med. Presse*, 1887, nos 26 et 27. Il y a constaté aussi la présence de bactéries diverses entre les filaments formés de cellules cornées. — Dr G. Schlemmer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 26 mars 1888.

Sur une nouvelle déformation des mains chez les ouvriers verriers ; mains en crochets, par M. Poncet (de Lyon). — Il existe chez les ouvriers verriers une déformation professionnelle des mains, sur laquelle nul n'a encore appelé l'attention jusqu'à présent.

Cette déformation, que j'ai observée pour la première fois chez un jeune homme entré à l'Hôtel-Dieu, est caractérisée par une flexion permanente très prononcée des doigts

©BIU Santé

sur la main. Le petit doigt et l'annulaire sont plus fléchis que le médius et l'index ; le pouce est indemne.

La flexion porte surtout sur la deuxième phalange qui est inclinée presque à angle droit sur la première phalange. Elle n'est point due à une sclérose du derme ou à des brides profondes, mais à une rétraction des tendons fléchisseurs et plus particulièrement du fléchisseur superficiel.

Ce diagnostic s'impose par un examen attentif des doigts, alors surtout que le malade a été anesthésié.

Les articulations phalango-phalangiennes sont plus ou moins déformées avec tendance à la subluxation. Les doigts sont inclinés sur le bord cubital et ne peuvent pas être redressés.

La peau de la face palmaire et des doigts, est un peu plus épaisse, plus calleuse, qu'on ne l'observe en général chez les manouvriers de toute autre profession.

Cette déformation des mains est connue parmi les ouvriers verriers sous le nom de *main en crochet*, *main fermée*. Elle survient au bout de peu de temps et s'accroit progressivement.

Il résulte des recherches faites par un de mes internes, M. Etienne Rollet, qui s'est transporté dans plusieurs verreries, que la plupart des ouvriers verriers présentent cette lésion, et que celle-ci est d'autant plus marquée qu'ils sont verriers depuis plus longtemps.

Le mécanisme de cette déformation des mains est facile à comprendre. En effet, les ouvriers verriers qui soufflent le verre, emploient une canne, ou tube en fer, longue de 0m,20, et du poids de deux kilogrammes, canne à laquelle ils impriment un mouvement rapide de rotation, les mains fermées.

La durée du travail est de huit heures par jour ; pendant ce temps un bon ouvrier fabrique en moyenne 600 à 700 pièces, de sorte que ses doigts ne quittent pas la canne qu'ils enserrent.

Aussi dès les premiers mois, l'extension complète de la main devient-elle difficile et après un temps variable, la rétraction s'accuse progressivement et entraîne la flexion permanente des doigts, laquelle persistera désormais pendant toute la vie de l'ouvrier.

Quant à l'épaississement du derme, il est le résultat d'une dermite chronique, produite soit par la pression de la canne, soit par la chaleur parfois considérable que lui communique la boule de verre en fusion.

La profession de verrier est extrêmement pénible, elle est remplie par des hommes jeunes qui vers l'âge de 35 ans sont obligés de l'abandonner.

La main en crochet est spéciale à l'ouvrier verrier et ne se rencontre dans aucune autre profession manuelle.

Cette déformation compromet gravement l'usage des mains ; elle a été souvent la cause de l'exemption du service militaire. Elle intéresse le clinicien, le médecin légiste et mérite de prendre place à côté de certaines lésions professionnelles caractéristiques.

Surdité pour les harmoniques de la parole dans l'otopiésis, par M. Boucheron. — La parole à haute voix se compose, comme on sait, de sons fondamentaux (venant du larynx) et de sons harmoniques (produits dans le pharynx, la bouche ou le nez). Dans la paralysie des cordes vocales, les sons fondamentaux manquent ; il ne reste plus que les harmoniques (voix chuchotée). Quand la voûte palatine manque, ce sont les sons harmoniques qui sont altérés et la parole est incompréhensible malgré l'état normal du larynx, des cordes vocales et du son fondamental.

Cette dissociation des composantes de la parole s'observe aussi parfois pour l'oreille.

Il y a des malades qui sont sourds surtout pour les sons fondamentaux ; d'autres qui sont sourds à peu près au même degré pour les sons fondamentaux et les harmoniques.

Exemples. — Un enfant entend la montre et le diapason (sons fondamentaux) à plusieurs centimètres et n'entend nullement les harmoniques de la parole, il ne comprend pas un mot (surdité pour les harmoniques).

Une autre enfant entend à peine la montre au contact de l'oreille et entend la voix chuchotée (harmoniques) à six ou huit mètres. Habituellement, ces surdités sont moins complètes que dans ces deux exemples extrêmes.

©BIU Santé

La surdité paradoxale de Willis est un cas particulier de *ces surdités pour les harmoniques de la parole.*

Les malades atteints de cette affection n'entendent bien les harmoniques vocaux qu'au milieu du bruit, en voiture, en chemin de fer. Cette demi-surdité pour les harmoniques est fréquente chez les vieillards. J'ai observé ces surdités dissociées principalement chez des sujets porteurs d'affections auriculaires à excès de pression labyrinthique (otopiésis) et la décompression labyrinthique par les moyens appropriés rapprochait l'audition de la normale. Le siège de ces surdités est donc dans l'oreille et non dans les organes cérébraux de l'audition.

Le mécanisme de ces surdités dissociées peut être comparé à ce qui se produit dans cette expérience d'Helmholtz :

Devant un piano ouvert, dont les étouffoirs sont relevés, on chante sur une note quelconque les diverses voyelles et le piano répète a, é, o, u, ou. — Les étouffoirs étant replacés, le piano se tait aussitôt. — C'est que les cordes trop comprimées ne peuvent plus vibrer à l'unisson des harmoniques.

Dans l'oreille, l'excès de pression s'opposerait aussi à la vibration des cils auditifs à l'unisson des harmoniques, ou bien des nerfs trop pressés ne transmettraient plus ces vibrations délicates, ou enfin l'obstacle siègerait dans l'appareil externe de la transmission.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Prix. — Le grand prix de 12,000 francs proposé par l'Académie des sciences de Turin a été décerné à M. Pasteur.

Crémation. — Une Société crématoire vient d'être organisée à Chicago. — R.

COURRIER

Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des fêtes de PAQUES, l'*Union médicale* ne paraîtra pas le Mardi 3 Avril.

Faculté de médecine de Paris. — Pendant les vacances de Pâques, le secrétariat sera fermé les 30 et 31 mars, 1er, 2 et 3 avril ; il sera ouvert tous les autres jours aux heures ordinaires. Les consignations ne seront pas reçues. M. le secrétaire de la Faculté recevra les jeudis, 29 mars et 5 avril 1888, et le samedi 7 avril, de deux à trois heures.

— L'Académie des sciences a, dans sa séance de lundi dernier, élu M. Faye pour son délégué au Conseil supérieur de l'Instruction publique.

— M. le docteur Emile Ménière est chargé d'une mission à l'effet de représenter le ministère de l'instruction publique au Congrès international d'otologie, qui s'ouvrira à Bruxelles en septembre 1888.

— La sixième conférence transformiste sera faite le jeudi 12 avril 1888, à quatre heures de l'après-midi, à la Société d'anthropologie de Paris, 15, rue de l'Ecole-de-Médecine. Le conférencier, M. le docteur A. Bordier, traitera des « Microbes et le Transformisme ».

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chabannes (de Saint-Seurin-de-Cadourne) ; Achille Cosserat (de Padoux) ; Jeaubernat (de Toulouse) ; Maurin (de Viviers) ; Piéchaud père (de Bordeaux) ; Roux (de Meximieux) ; Baader (de Bâle).

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Paul Chéron : Les nouveaux traitements de la phthisie. — II. Bibliothèque : Recherches cliniques et expérimentales sur le passage des bactéries dans l'urine. — III. Revue des journaux : Quelques recherches expérimentales sur la chirurgie de l'estomac. — Etude clinique sur les tumeurs du pancréas. — Recherches sur les altérations de la moelle spinale concomitantes à des lésions cérébrales. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Les nouveaux traitements de la phthisie (1).

Injections sous-cutanées. — Un certain nombre de substances ont été injectées sous la peau pour combattre la tuberculose pulmonaire. L'une des plus employées est l'eucalyptol, dont nous nous occuperons tout d'abord.

L'eucalyptol, qui semble être un mélange en proportions variables de térébenthine, et probablement de cymène (Adrian), a été d'abord utilisé en injections sous-cutanées par Roussel, Ball et Dujardin-Beaumetz. Les résultats obtenus ont été contrôlés par Ley, Laplane, Balzer, Habert, Bouveret et Péchade, Cénas, Biot, Pons, etc.

La plupart des médecins se sont servis, comme dissolvant, du corps appelé huile de vaseline médicinale. Le titre des solutions employées est variable : 1/5 (Laplane), 1/4 (Cénas), jusqu'à 1/2 (Dujardin-Beaumetz). Roussel avait employé comme excipient l'huile d'olive d'abord dans la proportion de 2 d'huile pour 1 d'eucalyptol. Ley a essayé successivement les huiles d'olive, de sésame, d'œillette et d'amandes douces, et s'est arrêté à l'huile d'arachide non-comestible, décolorée d'abord par les rayons solaires, puis blanchie, purifiée et complètement neutralisée par la filtration sur le noir animal et la chaleur.

Les récentes recherches de Balzer et Klumpke viennent justifier la préférence pour les huiles végétales. Il semble, en effet, que, quoi qu'on en ait dit, l'huile de vaseline n'est pas absorbée et reste inerte et indifférente dans les tissus, où elle peut même s'opposer un peu à l'absorption des substances qu'on lui incorpore. On retrouve l'huile collectée en boule dans les foyers récents et, dans les plus anciens, il y a de l'induration et des petites hémorrhagies avec inflammation des vaisseaux et du tissu conjonctif.

Tous les auteurs sont d'accord pour ne pas dépasser 1 gramme d'eucalyptol par jour. Cette dose est même trop forte pour beaucoup. Laplane injecte 20 centigr. tous les deux jours; Bouveret et Péchade indiquent 50 à 80 centigr. par jour; Cénas, 75 centigr. au maximum; pour Biot, une dose quotidienne de 25 centigr., ou au plus 50 centigr. en deux fois, est largement suffisante dans la plupart des cas.

Pour éviter les accidents locaux, il faudrait que l'eucalyptol fût absolument pur, ce dont il est bien difficile au médecin de s'assurer. Il serait nécessaire, pour se mettre dans les meilleures conditions, d'employer une seringue de celluloïde, la tête du piston et les montures des aiguilles étant

(1) Suite. — Voir le numéro du 29 mars 1888.

©BIU Santé

faites de la même substance. Les aiguilles, d'acier trempé, doivent être très longues, afin de pouvoir pénétrer profondément.

Les expérimentateurs ne s'entendent pas sur le lieu à choisir pour faire l'injection. Tandis que les uns préconisent la paroi abdominale antérieure (Cénas), d'autres préfèrent la fesse, dans la région rétro-trochantérienne. En fait, il semble bien difficile d'éviter sûrement la douleur et l'induration. Quand on agit avec précaution, les abcès paraissent fort rares.

Dans sa communication à l'Académie de médecine, Ball avait annoncé des résultats encourageants. Cessation des sueurs nocturnes et de la diarrhée, diminution de l'expectoration et de la fièvre; dans un cas, disparition des bacilles. Mais, dès la séance suivante, Dujardin-Beaumetz montrait beaucoup moins d'enthousiasme. Pour lui, l'eucalyptol n'agit que sur l'expectoration en la diminuant, et il ne fait pas disparaître les bacilles; de plus, il n'est pas exempt de dangers. Les travaux plus récents, ainsi que nous allons le voir, n'ont pas permis d'en appeler de ce jugement.

Tout d'abord, on a établi que, si l'élimination de l'eucalyptol commence rapidement, elle est longue à se terminer. De plus, quand on dépasse les doses faibles, il se produit de la gêne thoracique, de la congestion céphalique, de la dyspnée. Cette dernière peut apparaître, dès le début du traitement, par diminution de l'expectoration (Dujardin-Beaumetz). Quand il y a des cavernes, la dyspnée se produit facilement et la fièvre se modifie peu (Ley). Dans la phthisie fébrile ou au début de la tuberculose, le médicament serait plutôt contre-indiqué, comme aussi quand la maladie est caractérisée par des infiltrats caséeux disséminés, quand elle procède par poussées broncho-pneumoniques. Dans ces conditions, en effet, il pourrait favoriser l'apparition des poussées congestives (Cénas). C'est surtout dans la phthisie lente, apyrétique, avec prédominance de catarrhe bronchique, que l'on observe de bons effets. La tendance aux hémoptysies doit faire rejeter le traitement (Bouveret et Péchade). Ces derniers auteurs regardent l'indication comme très restreinte, car les phthisies justiciables de l'eucalyptol peuvent être améliorées par la plupart des autres médications.

Quand l'action thérapeutique se produit, elle est très rapide, dit Cénas; le lendemain, quelquefois le soir même, les quintes sont moins fréquentes, la respiration plus libre, les accès pseudo-asthmatiques moins intenses; l'expectoration diminue beaucoup et devient muqueuse. Après dix à vingt jours, il y a une grande amélioration locale et générale.

Le médecin qui semble s'être le mieux trouvé de l'eucalyptol pur est Durand (de Lyon). Il l'injecte à fortes doses pendant huit ou dix jours, quand il commence à traiter un phthisique. L'amélioration peut manquer; de plus, elle serait temporaire (Cénas); enfin, même quand elle se produit, il faudrait (Ley) interrompre de temps à autre la médication. En effet, au bout d'un certain temps, le malade se dégoûte, perd l'appétit, a quelquefois de l'excitation cérébrale, montre, en un mot, de l'intolérance. On a adjoint à l'eucalyptol de l'iodoforme à la dose de 0,0125 par seringue, et Ley a conseillé, au bout de quinze à vingt jours, de le remplacer par de la térébenthine, du terpinol. Ce dernier corps s'est montré complètement inefficace dans les mains de Cénas.

Si nous ajoutons que tous les auteurs sont à peu près d'accord pour reconnaître que le pouvoir de l'eucalyptol comme microbicide est nul ou à peu près, même expérimentalement (Perret et Chabannes), on jugera avec

nous qu'il est inutile de nous étendre davantage sur l'étude d'une médication qui n'agit que comme balsamique et est souvent dangereuse.

L'acide phénique a surtout été employé par Filleau et Petit. Leurs expériences leur ont démontré que, étant donné le milieu de culture la plus fertile, l'acide phénique est le seul antiseptique qui ait réussi à le rendre impropre à l'évolution du bacille à la dose de 3 p. 100 environ.

Ils se servent de seringues contenant 2,5, 5 et 10 c. c., et conseillent d'enfoncer l'aiguille d'un seul coup, perpendiculairement à la surface épidermique et jusqu'à la garde. Les lieux d'élection pour les piqûres sont la région rétro-trochantérienne et le tronc, principalement sur les côtés. A la face antérieure du thorax, on choisit un espace intercostal et on enfonce l'aiguille moins perpendiculairement. Les seringues doivent être démontées et lavées tous les jours à l'alcool, puis passées dans une solution d'hydrate de chloral; après chaque piqûre, on flambe les aiguilles que l'on plonge ensuite dans l'alcool phéniqué, jusqu'au moment de s'en servir.

Il ne faut employer que l'acide phénique pur, neigeux, et pousser lentement la solution légèrement chauffée. Actuellement, après avoir employé les solutions aqueuses, MM. Filleau et Petit semblent s'être arrêtés aux préparations suivantes :

1° Phénol	10	grammes.
Huile d'olive stérilisée	50	—
Vaseline liquide médicinale	40	—
2° Phénol absolu	20	grammes.
Huile stérilisée	50	—
Vaseline liquide	30	—

Les doses varient avec les indications, mais elles peuvent être portées sans accident jusqu'à 200 gouttes de la première et 100 de la seconde, soit 1 gramme d'acide phénique en vingt-quatre heures. La moyenne oscille entre 20 et 60 centig. par jour.

Meunier a remarqué que le phénol se dissout dans son poids d'eucalyptol; cette solution est persistante quand on ajoute de la vaseline. On peut donc faire des solutions de phénol à 1, 2, 3..... 25 p. 100 dans la vaseline, à condition d'ajouter 1, 2, 3..... 25 p. 100 d'eucalyptol. Meunier s'est arrêté au titre de 5 p. 100 et ajoute 1 p. 100 d'iodoforme.

MM. Dujardin-Beaumetz et Sapelier ont expérimenté les injections d'acide phénique. Ils ont noté le réveil de l'appétit, la diminution de la toux et de l'expectoration, la cessation des sueurs nocturnes.

Mais il peut se produire des accidents d'intoxication, dont les premiers sont la céphalalgie frontale, l'agacement des dents; viennent ensuite les vertiges, la coloration noir verdâtre des urines, etc. Le plus souvent les injections sont irritantes; enfin, certains malades ne peuvent supporter le traitement. Il faut toujours faire attention à l'état des reins qui jouent un grand rôle dans l'élimination.

Ley (Société de médecine pratique, 17 mars 1887) préconise aussi l'acide phénique qu'il associe à l'iode et à l'iodoforme, et qu'il donne aux doses de 0,30 à 0,60 par jour. Il fait la solution dans l'huile d'arachide stérilisée.

Durand (de Lyon), après avoir injecté pendant huit à dix jours de l'eucalyptol iodoformé ou non, le remplace par le phénol avec ou sans iodoforme dès que les crachats ont diminué. Il sature son malade, puis espace les injections.

©BIU Santé

Cependant tout le monde est loin d'être d'accord sur la valeur de l'acide phénique dans la tuberculose; car, d'après de Renzi (*Il Morgagni*, déc. 87), il n'a montré aucune efficacité dans les recherches cliniques et expérimentales. Il est vrai que, dans ces dernières, de Renzi employait des vapeurs.

Villi a conseillé les injections sous-cutanées d'acide sulfureux dissous dans la vaseline. Dariex, qui les a expérimentées, les a trouvées très douloureuses, inférieures aux inhalations et conseille d'y renoncer.

L'iodoforme, dont la valeur antiseptique a été récemment très discutée, a surtout été employé en injections sous-cutanées en même temps que l'eucalyptol ou le phénol. Nous n'avons pas à insister sur son usage dans les tuberculoses autres que celle du poumon. Gosselin (de Caen) a expérimenté ce corps sur les animaux (*Etudes sur la tuberculose*, I, 34); d'après ses recherches, quand on donne l'iodoforme à un lapin après l'inoculation tuberculeuse, on arrête l'évolution des bacilles qui reprennent leur activité quand on cesse le traitement; il en est de même quand on l'emploie au début, plus tard on n'obtient rien; enfin, sa valeur prophylactique est négligeable, et Raymond et Arthaud lui dénient toute utilité préventive.

C'est aussi l'avis de Jeannel que ses recherches ont conduit aux conclusions suivantes : Chez le lapin inoculé de la tuberculose, le traitement par l'éther iodoformé, appliqué sous forme de traitement local précoce, — de traitement local et de traitement général précoces et combinés, — de traitement général précoce ou retardé, s'est, jusqu'ici, montré inefficace.

Semmola et Chiamorelli l'ont cependant employé avec succès à l'intérieur; le premier a été jusqu'aux doses de 40 et 50 centig. en vingt-quatre heures par pilules de 5 centig. en doses fractionnées; le second n'a pas dépassé 10 centig. On observe la diminution de l'expectoration et de la toux, la diminution de la fièvre, due probablement à la désinfection des produits septiques sécrétés, l'amélioration de l'état général. Malheureusement, il se produit souvent de l'intolérance gastrique.

Aussi Rummo, Sormani, Dreschfeld, etc., ont-ils employé l'iodoforme en inhalations. Nous verrons plus tard les résultats qu'ils ont obtenus.

Nous avons déjà dit un mot des injections de terpinol; Dujardin-Beaumetz a employé une solution à 50 p. 100 dans la vaseline médicinale, mais n'a obtenu que des résultats incertains.

Albin Meunier conseille d'employer successivement l'eucalyptol, le phénol, l'iode et l'iodoforme. Comme solution d'iode, il se sert de la formule suivante :

Iode.....	1 gramme.
Vaseline liquide.....	100 grammes.

Deux injections de 2 gr. 50 par jour.

Il faut, dit-il (*Revue gén. de cl. et de th.*, 1887, 14), traiter le malade pendant quinze jours à l'eucalyptol, puis pendant quinze jours au phénol, quinze autres jours à l'iode, enfin quinze jours à l'eucalyptol iodoformé pour recommencer la série.

(*A suivre.*)

Paul CHÉRON.

BIBLIOTHÈQUE

RECHERCHES CLINIQUES ET EXPÉRIMENTALES SUR LE PASSAGE DES BACTÉRIES DANS L'URINE, par le docteur A. BERLIOZ, chef des travaux chimiques à la clinique médicale de la Pitié. — Paris, O. Doin, 1887.

Notre sympathique confrère a choisi comme sujet de sa thèse inaugurale un sujet qu'il était particulièrement préparé à traiter par ses recherches dans le laboratoire de M. le professeur Cornil et à la clinique de M. le professeur Jaccoud.

M. Berlioz après avoir indiqué les bactéries qu'on peut rencontrer dans l'urine normale, passe en revue les maladies dans lesquelles on a constaté la présence de bactéries dans l'urine et dans le rein ; il fait la même étude à propos des maladies expérimentales et arrive à formuler les conclusions suivantes :

1° Dans les maladies infectieuses du domaine de la pathologie humaine, il est exceptionnel de constater la présence de l'agent pathogène dans l'urine.

2° Quand cela est, le passage des bactéries à travers le rein est d'autant plus facile que la lésion de cet organe est plus intense.

3° Les bactéries sont, dans la plupart des cas, la cause de la néphrite observée dans le cours de ces maladies.

4° L'idée qu'il existe une élimination des micro-organismes par l'urine dans la période critique des maladies, d'une façon générale ne doit pas être reconnue comme vraie.

5° Dans les maladies expérimentales, si l'on observe souvent le passage des microbes dans l'urine des animaux, ce fait est le résultat des conditions dans lesquelles on opère et ces conditions sont rarement réalisées en clinique.

6° La constatation seule des bactéries dans l'urine des animaux est bien insuffisante, il faut encore faire des cultures et des injections de ce liquide. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Quelques recherches expérimentales sur la chirurgie de l'estomac, par le professeur André CECCHERELLI. (In *La medicina contemporanea*, n° 1.) — L'école de Vienne, représentée par Billroth, la chirurgie italienne, par Loreta ; en France, les travaux de Sédillot, de Mouton, de Labbé, de Tillaux ont attiré l'attention des chirurgiens sur les opérations qui peuvent être tentées sur l'estomac. Les études expérimentales de M. le professeur Ceccherelli sont donc bien d'actualité et pourront fournir d'utiles renseignements.

L'auteur a d'abord recherché la façon dont les parois de l'œsophage s'adossent l'une à l'autre et le degré maximum de dilatation de ce conduit dans ses différentes parties.

Au niveau du cardia, la divulsion extrême de l'œsophage peut être, d'après Mouton, de 22 à 25 millimètres. Les chiffres de Loreta donnent une différence d'extension supérieure de 0,008 millimètres ; ceux de M. Ceccherelli se rapprochent de la moyenne donnée par Mouton. L'auteur a voulu néanmoins se rendre compte si une dilatation poussée à l'extrême pourrait donner les chiffres de Loreta ; il a, dans ce but, fait sur des lapins quelques expériences qui ont prouvé que l'œsophage peut, en effet, être dilaté comme l'avait annoncé Loreta, si l'on a soin d'opérer sur le vivant ; car, sur des sujets morts, il est impossible d'obtenir cette dilatation.

La pylorotomie, imaginée et exécutée avec un succès si éclatant par Loreta, passe encore aujourd'hui pour une hardiesse réservée à un tout petit nombre de nos confrères, et pourtant cette opération paraît aussi logique que l'uréthrotomie et donne, il faut le reconnaître, des succès inespérés et parfaitement authentiques.

M. Ceccherelli a voulu savoir, toujours en expérimentant sur des lapins, si la dilatation et les incisions du pylore n'étaient pas dangereuses, tout en tenant compte des

©BIU Santé

conditions absolument dissemblables entre un estomac sain et un estomac pathologique. Toutes ses expériences ont réussi; il paraît donc possible de faire, outre la dilatation rapide du pylore, comme le conseille M. le professeur Loreta, l'incision du rétrécissement, quand celui-ci n'est pas dilatable. Voilà un point bien établi.

La chirurgie stomacale n'a pas encore à son actif un contingent suffisant d'observations pour qu'on puisse se prononcer sur la valeur de la cardiastomie. *A priori*, il semble que, si l'on admet la pylorotomie, il n'y a pas de motifs pour ne pas accorder la même faveur à la cardiastomie. Les expériences de Ceccherelli démontrent encore les bons résultats que l'on peut obtenir par cette méthode.

Il nous reste enfin à dire un mot de quelques expériences de gastrectomie... cette gloire de nos bons voisins que nous ne leur envions pas. Les animaux soumis à cette épreuve par le professeur de l'Université de Parme sont tous morts dans les mains de l'expérimentateur, ou à peu près. On admettra bien après cela qu'il y ait lieu de refréner l'enthousiasme de quelques-uns pour cette opération, de réfléchir à deux fois avant de s'exposer à un résultat identique sur un de ses semblables... Nous n'en sommes pas, heureusement, encore arrivés là.

Etude clinique sur les tumeurs du pancréas, par M. le docteur Segré Remo. (In *Annali Universale di medicina e chirurgia*, vol. 283, fasc. 847.) — La pathologie du pancréas, disait Arnozan, est encore à faire; les altérations secondaires de cet organe sont peu étudiées et les primitives presque toujours inconnues durant la vie. M le docteur Remo a prouvé, au contraire, dans le travail que nous signalons ici, qu'Ancelet avait raison de dire « que l'on trouverait et que l'on connaîtrait les maladies du pancréas quand on voudrait et saurait les chercher, et surtout quand on saurait les étudier.

Ce travail est divisé en trois parties :

La première est consacrée à l'anatomie et à la physiologie qu'il est nécessaire de de bien connaître pour expliquer les symptômes des troubles pathologiques du pancréas.

La seconde traite de la statistique basée sur l'examen d'environ 11,500 autopsies faites au grand hôpital de Milan, et dans lesquelles l'auteur a relevé des faits qui peuvent intéresser son travail.

Enfin, la troisième partie est réservée aux conclusions et aux déductions cliniques et anatomo-pathologiques. Nous allons les résumer :

1° Le carcinome du pancréas est beaucoup plus fréquent qu'on ne le pense; il est assez souvent le point de départ de la diffusion du cancer aux organes voisins.

2° La symptomatologie du cancer pancréatique semble caractérisée par un ictère à marche progressive dû à l'oblitération du canal cholédoque et par une cachexie à évolution rapide.

3° Les signes qui ont été considérés comme pathognomoniques, tels que stéarrhée ou diarrhée graisseuse, vomissements spéciaux, ptyalisme, la nature de la douleur et son siège, ne sont pas des phénomènes constants.

4° La période d'état arrive à se produire dans un temps relativement court.

5° On peut enfin admettre un traitement chirurgical, mais seulement comme l'*ultima ratio* des tumeurs malignes du pancréas; il doit être accepté, conseillé et appliqué dans les cas de kystes pancréatiques.

Recherches sur les altérations de la moelle spinale concomitantes à des lésions cérébrales, par MM. les docteurs Martinotti et Mercandino (*Il Morgagni*, janvier 1888). — Marchi, en enlevant le cervelet en partie ou en totalité, obtenait sur les animaux une sclérose diffuse, spécialement dans la substance grise de la moitié supérieure du pont de Varole qui entoure la pyramide, des olives et des pédoncules cérébraux, y compris le faisceau de Flechsig.

Ayant eu l'occasion d'étudier les centres nerveux d'individus affectés de tumeurs du cervelet, les auteurs constatèrent un résultat absolument négatif, car ni dans le faisceau cérébral direct et ni dans le faisceau pyramidal ils ne trouvèrent la dégénérescence descendante des fibres nerveuses décrite par Marchi.

Les auteurs expliquent cette divergence par la différence qui existe entre les centres nerveux de l'homme et ceux des autres animaux vertébrés. Ils ne mettent pas en doute

les faits avancés par Marchi, mais pensent que la question doit être reprise et que la lumière sortira de l'étude comparative des centres nerveux chez l'homme et dans la série animale. — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance non officielle comprend :

1° Une lettre de M. le docteur P. Fleury, de Guéret (Corrèze), accompagnant l'envoi d'une brochure intitulée : *Des causes de la dépopulation en France et de la nécessité de réorganiser les services d'assistance et d'hygiène;*

2° Des lettres de remerciements de MM. Longmore et Prescott-Hewet, récemment nommés associés étrangers;

3° Des lettres de candidature de MM. Cadet de Gassicourt et Damaschino pour la section de pathologie médicale; de MM. Henri Moissan, A. Petit et Villejean, pour la section de pharmacie;

4° Un pli cacheté adressé par M. Mathieu, fabricant d'instruments de chirurgie. (Accepté.)

— M. MARJOLIN présente l'ensemble des rapports des médecins inspecteurs de la Société protectrice de l'enfance.

M. Jules LEFORT présente une brochure intitulée : *Les stations d'eaux minérales du centre de la France. La caravane hydrologique de septembre 1887*, par MM. de Piétra Santa et Joltrain.

M. RICHET présente, de la part de M. Huguet, pharmacien à Clermont-Ferrand, un projet de pharmacopée internationale.

M. LUYS : J'ai l'honneur d'offrir, à l'Académie, un exemplaire d'un nouvel ouvrage que je viens de faire paraître, et qui a pour titre : *Petit atlas photographique des centres nerveux.*

Ce petit atlas photographique, qui représente en partie les grandes planches de mon *Iconographie des centres nerveux,* est destiné à fournir, sous un petit format, des représentations aussi exactes que possible, sans aucune retouche, des diverses régions du cerveau, soit dans le sens vertical, soit dans le sens horizontal ou antéro-postérieur. Il est rendu pratique, en ce que chaque planche est détachée, et qu'elle est munie d'un texte explicatif, ce qui permet à l'étudiant, à l'amphithéâtre, aussi bien qu'au médecin, à la salle d'autopsie de l'hôpital, d'avoir un guide portatif, qui le renseigne immédiatement sur la topographie des différentes régions cérébrales qui se présentent à ses yeux, à mesure qu'il pratique des coupes.

Un texte explicatif, qui synthétise les détails isolés, permet d'avoir une vue d'ensemble sur le groupement des appareils cérébraux et leurs rapports intimes.

Ce premier travail est destiné à être suivi d'un second relatif à l'organisation des régions de la protubérance, du bulbe et de la moelle épinière.

— M. le professeur LAYET, de la Faculté de Bordeaux, lit un travail intitulé : *Importance des vaccinations animales comme moyen de préservation de la variole et des caractères véritables de l'éruption bovine qui constitue le cowpox dit spontané.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission composée de MM. Proust, Chauveau et Nocard, rapporteur.

— M. le docteur FRÉMONT (de Vichy) lit un travail intitulé : *Micro-organismes contenus dans les sources de Vichy.*

— M. le docteur APOSTOLI donne lecture d'un travail intitulé : *Sur la galvanisation en gynécologie. De l'utilité et de l'innocuité des hautes intensités.*

©BIU Santé

— L'Académie procède par la voie du scrutin à l'élection de deux associés nationaux. Classement des candidats : MM. Coze, Burdel, Raimbert, Willemin, Teissier, Pénard. MM. Coze et Burdel sont élus.

— M. LE PRÉSIDENT annonce la mort de M. Planchon, professeur de botanique à la Faculté de Montpellier, correspondant de l'Académie, frère de M. Planchon, membre titulaire de l'Académie dans la section de pharmacie.

M. le Président rappelle les travaux scientifiques du défunt, travaux qui avaient eu surtout la botanique pour sujet.

— L'ordre du jour appelle la suite de la discussion sur la prophylaxie de la syphilis.

M. Alfred FOURNIER, rapporteur, dit que la commission, tenant compte des observations présentées dans la dernière séance par MM. Legouest et Larrey, a cherché une nouvelle rédaction des articles relatifs à la prophylaxie de la syphilis dans l'armée.

Voici les articles tels qu'ils ont été modifiés par la commission :

Art. 24. — Assurer la rigoureuse exécution des règlements militaires, notamment en ce qui concerne les visites de santé, la recherche des foyers de contagion, l'abandon de toute mesure disciplinaire à l'égard des soldats affectés de maladies vénériennes.

Cet article est adopté après quelques observations présentées par MM. Legouest, J. Rochard, Le Roy de Méricourt et Lagneau.

Art. 25. — S'efforcer de combattre les progrès incessants de la prostitution clandestine en éclairant les soldats sur les dangers de cette prostitution spéciale, et en réclamant le concours des autorités civiles pour l'assainissement de certains foyers de contamination, soit dans les villes (débits de vins), soit aux alentours des camps. (Adopté.)

Art. 26. — Assurer aux soldats syphilitiques, dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la possibilité de continuer à leur corps, et sous la direction du médecin de leur régiment, le traitement ultérieur nécessaire à leur guérison.

Cet article est adopté après une discussion à laquelle prennent part MM. Legouest, Worms, Trélat et A. Fournier.

Art. 27. — En ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre, une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient contaminés, toutes les fois que la durée de la traversée rendra cette mesure nécessaire.

Cet article est adopté avec les modifications proposées par M. J. Rochard et appuyées par M. Le Roy de Méricourt.

Art. 28. — Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulier et rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche et de débarquement, et que les filles reconnues malades soient traitées à l'hôpital jusqu'à guérison complète des accidents transmissibles.

Cet article est adopté avec les modifications proposées par M. J. Rochard.

Sur la proposition de M. GAVARRET, M. le président met aux voix l'ensemble des conclusions de la commission. (Adopté.)

M. LE PRÉSIDENT déclare close la discussion sur la prophylaxie de la syphilis; il fait ressortir l'utilité de cette discussion qui a déjà porté ses fruits et a permis d'obtenir sur divers points importants, les améliorations réclamées par l'Académie.

— M. MARAMBAT communique un travail intitulé : *Des rapports de l'alcoolisme et de la criminalité.*

— La séance est levée à cinq heures.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : De l'arthrectomie dans les tumeurs blanches du genou. — Rapport sur une observation de castration pour un sarcocèle, chez un homme de 60 ans, sans récidive après trois ans. — De l'hystéro-traumatisme. — Lésions nerveuses consécutives à des fractures. — De l'intervention chirurgicale dans certaines rétractions musculaires consécutives à des contractures spasmodiques. — Kystes et fistules congénitales de la région sacro-coccygienne. — Présentations de malades : Flexion permanente des doigts consécutive à la rétraction de l'aponévrose palmaire ; opération ; guérison. — Fistule du sinus maxillaire, consécutive à l'hydropisie du sinus, guérie par autoplastie à l'aide d'un lambeau emprunté à la muqueuse palatine. — Greffe épidermique pratiquée avec succès pour un ulcère chronique de la cuisse.

A l'occasion du procès-verbal, M. Championnière dit qu'il n'y a pas lieu de comparer l'arthrectomie avec la résection dans le traitement des tumeurs blanches. L'extirpation, limitée à la synoviale et aux fongosités articulaires, ne donne pas de résultats satisfaisants. Elle fait courir aux malades les mêmes dangers que la résection, sans avoir les avantages de cette dernière.

M. Championnière n'admet pas, d'ailleurs, l'opinion exprimée par M. Kirmisson, qui aurait pratiqué quatre fois la résection du genou, pour des tumeurs blanches, sans rencontrer une seule fois des tubercules dans le tissu osseux. M. Championnière ne saurait trop s'élever contre cette manière de voir en contradiction complète avec les faits qu'il a observés lui-même.

D'après les partisans de l'arthrectomie, cette opération aurait l'avantage de ne pas pas amener le raccourcissement du membre. Mais cette absence de raccourcissement est loin d'être un avantage, car l'observation démontre que tout individu qui a la jambe raide, et pas de raccourcissement, marche mal.

En résumé, l'arthrectomie est une opération insuffisante et doit céder le pas à la résection, qui a l'avantage d'être plus radicale, d'enlever tous les foyers morbides et d'amener une guérison complète et durable.

M. Segond appuie les conclusions de M. Championnière. Il a pratiqué deux fois l'arthrectomie, une fois sur un enfant, une autre fois chez un adulte ; il n'a obtenu aucun résultat thérapeutique, et il a dû pratiquer plus tard l'amputation de la cuisse.

— M. Charles Monod fait un rapport sur une observation de M. le docteur Jalaguier, chirurgien des hôpitaux, relative à une opération de castration pratiquée pour un sarcome du testicule, chez un vieillard de 60 ans. non encore suivie de récidive après trois années.

M. le rapporteur estime que dans les tumeurs du testicule comme dans tous les néoplasmes, il faut tenir moins de compte, au point de vue de la récidive, de la nature histologique du tissu morbide, que de l'évolution plus ou moins rapide de la tumeur, et de sa limitation relative. L'observation de M. Jalaguier vient à l'appui de cette manière de voir, car il s'agissait d'une tumeur ayant évolué lentement, et qui, au bout de deux ans et demi n'avait pas envahi le cordon ni les ganglions abdominaux.

— M. Terrier, à l'occasion du procès-verbal de la dernière séance, croit devoir rappeler que c'est à M. Charcot que revient l'honneur d'avoir décrit le premier l'hystéro-traumatisme. Cette revendication de priorité en faveur de M. Charcot semble d'autant plus opportune à M. Terrier que, dans une publication récente, un médecin légiste de nationalité française, cependant, a décrit ces accidents sans faire la moindre allusion aux travaux de M. Charcot sur ce sujet si intéressant.

— M. le professeur Heydenreich (de Nancy), membre correspondant, communique deux cas de lésions nerveuses consécutives à des fractures.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fracture de l'humérus avec paralysie de tous les muscles des régions externe et postérieure de l'avant-bras. Une opération, entreprise deux mois après l'accident, montra le nerf radial étroitement appliqué contre la partie supérieure du cal. Le nerf fut libéré par une dissection laborieuse. Au bout de neuf

©BIU Santé

jours déjà on constatait quelques mouvements dans les muscles paralysés; cinq mois après l'opération, la restitution des mouvements était presque complète.

Le second cas est une blessure par coup de feu de la partie supérieure de la jambe droite. Douleurs continues et crampes; abolition de la sensibilité dans le territoire innervé par le tibial antérieur et le musculo-cutané, diminution de la motilité dans les muscles de la jambe, etc.

Une opération fut entreprise, près de trois ans après la blessure. Le tibial antérieur était fixé par du tissu cicatriciel contre le péroné, qui en ce point était épaissi et formait un coude saillant en dedans; il s'agissait là d'une fracture vicieusement consolidée. Le nerf fut dégagé péniblement de ses adhérences.

L'opération eut pour conséquence des douleurs violentes de la jambe, avec lancées dans les deux premiers orteils; ces douleurs disparurent au bout de quelques jours. La sensibilité ne tarda pas à reparaître dans les parties anesthésiées, et le malade quitta l'hôpital, deux mois après l'opération, débarrassé des douleurs et des crampes qui l'avaient déterminé à réclamer une intervention.

Dans le premier cas, les phénomènes pathologiques étaient limités au territoire du nerf radial. Dans le second, ils dépassaient le territoire du tibial antérieur, pour s'étendre à celui du musculo-cutané et même à celui du sciatique poplité interne. Cette extension n'est explicable que par une névrite ascendante, et l'existence de cette névrite ne saurait surprendre, étant donnés la gravité relative du traumatisme initial et le temps écoulé entre la blessure et l'intervention chirurgicale.

— M. Terrillon donne lecture d'un travail ayant pour titre : *De l'intervention chirurgicale dans certaines rétractions musculaires qui succèdent à des contractures spasmodiques.* Voici les conclusions de ce travail.

1° La contracture hystérique, les contractures spasmodiques d'origine nerveuse ou médullaire, laissent quelquefois, après leur disparition, des lésions permanentes dans certains groupes musculaires et dans les tissus péri-articulaires. Ces lésions entretiennent des attitudes vicieuses indélébiles de certains segments des membres.

2° Les altérations des muscles qui succèdent à la contracture portent sur leur partie fibreuse et principalement sur leurs tendons qui se trouvent raccourcis dans la position vicieuse qui existait pendant la contracture.

La fibre musculaire affaiblie reste cependant intacte et peut retrouver toutes ses propriétés physiologiques.

Les lésions péri-articulaires consistent dans un épaississement des capsules d'enveloppe et des autres tissus fibreux qui, ainsi altérés, gênent ou empêchent les mouvements de l'articulation.

3° Pour remédier à ces attitudes vicieuses, il est nécessaire de faire la section des tendons raccourcis en une ou plusieurs séances.

On doit également rompre les adhérences périphériques, en ayant, au besoin, recours au sommeil anesthésique.

4° Il est toujours utile de remédier à tous ces désordres par un traitement secondaire qui consiste dans l'excitation des muscles par l'électricité, dans les pratiques de massage portant sur les parties indurées péri-articulaires, enfin dans une mobilisation méthodique et progressive des jointures.

5° Avant de commencer cette intervention et surtout les sections tendineuses, il est indispensable de s'assurer que la contracture musculaire a disparu et qu'il s'agit d'une rétraction capable de maintenir l'attitude vicieuse.

On pourra obtenir cette motion par l'étude méthodique des mouvements musculaires, mais on devra le plus souvent les examiner sous l'influence du sommeil anesthésique.

Dans ce cas, la contracture disparaît pour reparaître après le réveil; la rétraction au contraire persiste et ne change pas.

— M. Routier, chirurgien des hôpitaux, lit une observation de kyste et de fistule congénitale de la région sacro-coccygienne. Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

— M. Terrillon présente un malade qu'il a opéré avec succès d'une flexion perma-

© BIU Santé

dente des doigts des deux mains, consécutive à la rétraction de l'aponévrose palmaire.

M. Championnière estime que le succès obtenu par M. Terrillon ne persistera pas; dans tous les cas de ce genre, il faut toujours s'attendre au retour de la rétraction, quoi qu'on fasse.

— M. Quénu présente une malade chez laquelle il a obtenu la guérison d'une fistule du sinus maxillaire consécutive à une hydropisie de cette cavité, à l'aide d'un lambeau emprunté à la muqueuse palatine et rabattu sur la perte de substance.

— M. Monod présente un malade auquel il a fait, avec succès, l'application du procédé de greffe épidermique de Socin (de Bâle), pour un large ulcère de la cuisse gauche, à l'aide d'un lambeau emprunté à la peau de la cuisse droite et taillé aussi mince que possible.

M. Pozzi fait observer que le procédé de M. Socin (de Bâle), comme, d'ailleurs, celui de M. Reverdin (de Genève), ne sont que des modifications de celui de M. Thiersh (de Vienne), créateur de la méthode des greffes, et dans le service duquel M. Pozzi a été témoin de résultats merveilleux obtenus par ce moyen. — A. T.

FORMULAIRE

Injection antihémorrhagique. — Hildebrant.

Extrait aqueux de seigle ergoté.....	3 parties
Glycérine pure.....	7 —
Eau distillée.....	7 —

Faites dissoudre. — On en injecte de 3 à 5 gouttes, et jusqu'à 20 gouttes progressivement, sous la peau de l'abdomen ou de la cuisse, pour combattre les hémorrhagies utérines. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Prix proposé par le ministère de l'agriculture, de l'industrie et des travaux publics de Belgique. — Le ministère belge a proposé un prix de 25,000 francs pour le meilleur travail sur la question suivante : des conditions et moyens les plus parfaits et les plus économiques d'approvisionner les grandes villes d'eau potable de bonne qualité; étudier la la question au point de vue spécial de Bruxelles et en prenant en considération l'accroissement probable de la population. — Le concours est international. Les travaux imprimés ou manuscrits devront être envoyés au ministère avant le 1er janvier 1893. — Ch. S.

L'Impératrice de Russie et son médecin. — Le docteur Botkin doit son titre de médecin de la czarine à un acte d'indépendance, qui est raconté dans les termes suivants. Appelé un matin, au palais d'hiver, pour donner ses soins à l'impératrice, qui était enrhumée, il se disposait à ausculter son impériale cliente, lorsque celle-ci refusa de se déshabiller suffisamment pour rendre l'auscultation possible. A l'instant même, il se retira, disant qu'il ne voulait point avoir de relations avec de pareils malades. Ce trait de caractère plut tellement à l'empereur, qu'au lieu de l'envoyer en Sibérie, il le fit appeler de nouveau et le nomma médecin particulier de l'impératrice avec 100,000 roubles d'appointements. (*The Boston med. and surg. Journ.*, 1er mars 1888.) — R.

COURRIER

La Société de médecine du Nord, décernera, en 1889, un prix de 500 francs au meilleur mémoire inédit, sur un sujet de médecine ou de chirurgie.

©BIU Santé

Les mémoires seront écrits lisiblement en français ; une devise, inscrite en tête du manuscrit, sera répétée sur une enveloppe cachetée, contenant le nom et l'adresse des auteurs. Tout concurrent, qui se fera connaître directement ou indirectement, sera exclu du concours. Les mémoires devront être adressés franco, avant le 1er janvier 1889, à M. le docteur Baudry, secrétaire général de la Société, 14, rue Jacquemars-Giélée, à Lille.

La Société se réserve la propriété des manuscrits. Elle publiera dans son bulletin le mémoire couronné et les travaux qui, sans mériter le prix, lui paraîtront dignes de la publicité. Un tirage à part, de 100 exemplaires, sera adressé aux auteurs des mémoires publiés.

Concours. — Un concours public pour la nomination à deux places de chirurgien au bureau central d'admission dans les hôpitaux et hospices civils de Paris sera ouvert le vendredi 4 mai 1888, à midi, à l'administration centrale, avenue Victoria.

MM. les docteurs qui voudront concourir se feront inscrire, au secrétariat général de l'administration de l'Assistance publique, de midi à trois heures, et y déposeront leurs titres.

Le registre d'inscription des candidats sera ouvert le mardi 3 avril 1888, et sera clos définitivement le samedi 21 avril, à trois heures.

Cours libres. — (*Autorisés pour le deuxième semestre de l'année scolaire 1887-88, par le conseil général des Facultés*). — M. Bérillon : Hypnotisme. — Applications thérapeutiques ; lundi et vendredi, à cinq heures, amph. n° 3, à partir du lundi 16 avril.

M. Bouloumié : Thérapeutique hydro-minérale ; mardi et samedi, à quatre heures, amph. n° 2, à partir du mardi 10 avril.

M. Despagnet : Examen fonctionnel de l'œil. — Etude pratique de la réfraction ; mardi et samedi, à huit heures. amph. n° 2, à partir du mardi 10 avril.

M. Duchastelet : Opérations qui se pratiquent sur l'appareil génito-urinaire ; mercredi et vendredi, à cinq heures, amph. n° 1, à partir du mercredi 2 mai.

M. Fournel : Obstétrique ; lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures, amph. n° 1, à partir du lundi 16 avril.

M. Le Gendre : Maladies du tube digestif, envisagées particulièrement chez les enfants ; lundi, mercredi et vendredi, à quatre heures, amph. n° 3, à partir du lundi 9 avril.

M. Queyrat : Maladies de l'appareil circulatoire ; mardi, jeudi et samedi, à cinq heures, amph. n° 3, à partir du mardi 10 avril.

— M. le professeur Farabeuf commencera le cours d'anatomie, le mercredi 11 avril 1888, à cinq heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Damaschino commencera son cours de pathologie interne, le jeudi 12 avril 1888, à trois heures du soir, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, et le continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure. Il traitera des maladies de l'appareil respiratoire.

Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 8 et 9 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Martin Saint-Ange, décédé le 27 mars, à l'âge de quatre-vingt-cinq ans.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Max. Legrand : La double patente. — III. Association française pour l'avancement des sciences (Session d'Oran). — IV. Revue des journaux : Emploi de l'antipyrine dans la pratique obstétricale. — L'intoxication iodoformique. — V. Nouvelles de l'étranger. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Précis d'anthropologie. — VIII. Formulaire.

BULLETIN

La discussion sur la prophylaxie de la syphilis est à peine terminée, qu'on en voit poindre une autre, à l'Académie, sur la prophylaxie de l'alcoolisme. La commission, dont M. Fournier a été rapporteur éloquent et tenace, a fini par avoir gain de cause, et grâce à quelques modifications de temps à autre, après avoir remis, non pas vingt fois, mais plusieurs fois son ouvrage sur le métier, est arrivée à faire voter ses conclusions. L'institution des conférences, sortes de conseils que le conférencier devra donner aux jeunes soldats comme un bon père de famille à son fils, suivant l'heureuse expression de M. Le Roy de Méricourt, n'empêchera peut-être pas les marins qui ont navigué pendant dix-huit mois de se précipiter dans la rue de Siam quand ils arriveront à Brest, comme l'a laissé pressentir M. Legouest; mais il n'en est pas moins nécessaire de prévenir les marins des dangers qu'ils courent en y allant. D'ailleurs, M. Legouest nous a paru un peu trop pessimiste en général; il a en particulier une bien mauvaise opinion du patriotisme des soldats qui contractent la syphilis ou toute autre maladie, pour pouvoir dire que, si on applique un traitement quelconque à un soldat, celui-ci en profitera pour chercher à ne pas faire son

FEUILLETON

Bibliothèque anthropologique. — PRÉCIS d'ANTHROPOLOGIE, par Abel Hovelacque et Georges Hervé, professeurs à l'Ecole d'anthropologie de Paris.

Ce volume est le quatrième de la Bibliothèque anthropologique.

Les auteurs se défendent d'avoir « eu la prétention d'écrire un *traité* d'anthropologie : L'entreprise dépasserait, aujourd'hui, les forces de ceux qui voudraient la tenter. » Et ils insistent sur les progrès rapides que cette science a faits depuis trente ans. Ils ont donc écrit ce qu'ils appellent un *précis*. Mais ce mot, s'il était pris à la lettre, ne donnerait qu'une idée très imparfaite du livre que nous avons sous les yeux. Ce n'est ni un *sommaire*, ni un *abrégé*, selon l'interprétation que nous trouvons du mot *précis* dans nos dictionnaires. Si ce n'est pas un *traité*, c'est, qu'on nous passe l'expression, un *quasi-traité*. Les auteurs, embrassant d'un large coup d'œil la science dont ils possèdent si bien tous les éléments, négligeant à dessein les points de vue les plus élémentaires, se sont emparés des parties de cette science dont l'intérêt est le plus immédiat et le plus élevé, et sur lesquelles les études récentes ont répandu le plus de lumière. Ils ont pris pour sujet de leurs peintures et de leurs discussions savantes « l'homme considéré, non plus en soi, d'une façon abstraite, mais dans ses rapports avec le reste des êtres et comme membre d'un groupe zoologique, et les variétés naturelles de ce groupe... » De là, leur programme, tel que nous le trouvons en tête de leur livre : « L'*anthropologie*

©BIU Santé

service. La majorité de l'Académie n'a pas été de son avis et a voté les conclusions de la commission.

Quant à l'alcoolisme, dont on s'est tant occupé à l'Académie à la suite de la guerre franco-allemande et communale de 1870-71, il aurait, d'après les chiffres donnés par M. Marambat, greffier de Sainte-Pélagie, une influence des plus funestes sur l'augmentation de la criminalité. L'extension de l'alcoolisme devrait donc être réprimée, et M. Marambat, comme la commission de la syphilis, pense qu'il y aurait quelque chose à faire dans le sens de l'instruction et de l'éducation des classes pauvres. Mais il ne s'agit plus ici de quelques conférences; comme remède à l'alcoolisme, rien ne vaudrait une bonne éducation donnée dès l'enfance et l'habitude de l'économie.

Le projet de réorganisation du service de la vaccine dans la ville de Paris, à l'étude en ce moment dans les bureaux de l'Assistance publique, donne un grand intérêt d'actualité à la communication de M. Layet (de Bordeaux). Les résultats obtenus dans cette ville depuis 1882, époque à laquelle le service des vaccinations et revaccinations pratiquées à l'aide du vaccin animal fut institué à Bordeaux, sont des plus remarquables, car la variole diminue progressivement, malgré l'importation continue à laquelle ce port de mer est exposé. Il faut donc faire des vœux sincères pour que cette réorganisation s'effectue rapidement à Paris, où la variole, en particulier la variole grave, a une certaine tendance à augmenter ses ravages.

Signalons encore la communication de M. le docteur Frémont (de Vichy), qui attribue les propriétés différentes des diverses sources minérales de cette station, aux différences de nature et d'action des micro-organismes qu'elles renferment. La composition chimique de ces sources étant presque la même, il est naturel de chercher ailleurs la cause des différences de leur mode d'action; celles-ci se trouvent-elles dans la présence de ces micro-organismes? On peut le supposer, mais l'expérience n'est pas encore suffisante pour qu'on puisse l'affirmer et les recherches de M. Frémont dans cette voie seront intéressantes à continuer. — L.-H. Petit.

---

zoologique, c'est-à-dire la comparaison de l'homme avec les groupes animaux voisins, afin de déterminer sa place dans la série; la discussion des hypothèses que soulèvent ses origines, ainsi que la valeur à assigner aux races humaines en histoire naturelle; — l'*anthropologie ethnique*, étude des caractères anatomiques et physiologiques de l'homme, successivement comparés dans les différentes races; — l'*anthropologie préhistorique*, qui fait connaître les restes et l'industrie des races humaines fossiles et des peuples antérieurs à l'histoire; — l'*ethnographie*, comprenant la description, et, s'il est possible, la classification des races actuellement vivantes... » Tels sont les grandes lignes, le plan général du *Précis d'anthropologie* de MM. Hovelacque et Hervé.

Avant tout, les auteurs nous donnent l'*anthropologie zoologique*, que Broca définissait l'*étude du groupe humain, considéré dans ses rapports avec le reste de la nature*. En vain « l'esprit humain a tenté de s'affranchir de l'observation positive, pour s'élever par la pure abstraction à la connaissance de sa propre nature... La science nous montre l'homme dans sa réalité... d'abord humble animal, nu contre les intempéries... Mais cet animal avait déjà un cerveau puissant... se tient verticalement et marche redressé. Libre de sa main, il a pu en faire un sens nouveau... Ainsi considérée depuis les lointains et modestes débuts que nous révèle la préhistoire, à travers l'incalculable série des siècles et des générations, cette prodigieuse évolution nous apparaît seulement alors pour ce qu'elle est : le résultat heureux d'une structure anatomique et d'une constitution cérébrale qui conféraient à l'homme une prééminence marquée sur les êtres qui l'approchent de plus près ».

La double patente.

Le lundi 17 avril 1882, dans la séance de l'Association générale des médecins de France, M. le docteur Richelot père lut un rapport sur un vœu émis l'année précédente par le signataire de cet article et relatif à la double patente qu'on exige des médecins des eaux minérales.

En terminant son rapport, M. le docteur Richelot fit remarquer que beaucoup de nos confrères des eaux minérales, qui ont un domicile à Paris ou ailleurs, après avoir établi qu'ils n'y exercent point la médecine, étaient en ce moment exonérés du droit proportionnel, et qu'en appuyant la demande de suppression générale de la double patente, l'Association courrait le risque d'éveiller l'attention du fisc, et d'enlever à plusieurs de nos confrères l'immunité dont on les avait laissés jouir jusque-là.

Les choses restèrent donc en l'état. Mais aujourd'hui le fisc revient à sa rigueur première, et les feuilles de contributions distribuées aux médecins d'eaux habitant Paris indiquent à la fois que l'administration connaît la station où ils exercent, et qu'elle entend leur faire payer le droit proportionnel sur leur domicile principal, sis à Paris.

Cela est conforme à l'interprétation qu'avait donnée M. le docteur Richelot, de l'art. 14 de la loi du 15 juillet 1880, et le motif d'abstention mis en avant par M. le docteur Richelot n'existe plus.

Je demande, en conséquence, la permission de revenir sur le rapport du 17 avril 1882 et de montrer que l'interprétation de la loi par M. Richelot et par le fisc est erronée, ou, du moins, d'exposer pourquoi elle me paraît telle.

Je rappelle que, jusqu'à 1848, les professions libérales étaient exemptes de la patente; lorsqu'elles y furent soumises, on les fit entrer dans les tableaux (D. pour les médecins) d'une loi qui n'avait pas été faite pour eux, et dont les prescriptions ne visaient que des négociants. Je le rappelle parce que si l'on perd de vue un seul instant que la loi qu'on veut appliquer aux médecins a été faite, en réalité, pour des industriels, on n'y peut absolument rien comprendre.

Je prie le lecteur qui voudrait avoir présents tous les points de la discussion, de se reporter au rapport de M. le docteur Richelot inséré dans l'*Annuaire de l'Association générale* de 1882, p. 86, et j'aborde directement le nœud de la question : c'est l'art. 14 de la loi du 15 juillet 1880; il est ainsi conçu : « Le droit proportionnel (le seul auquel sont soumis les médecins) est payé dans toutes les communes où sont situés

---

Cet exposé éloquent, que nous aurions voulu pouvoir ne pas tronquer, nous mène à plusieurs problèmes importants qui surgissent : le privilégié de la nature a-t-il pris naissance isolément sur un point quelconque du globe terrestre, ou bien l'être supérieur est-il l'émanation transformée de l'être inférieur? Les races variées de l'homme, disséminées à la surface de la terre, sont-elles des espèces d'un même genre ou des variétés d'une même espèce? Malgré les dissemblances, tous les hommes sont-ils essentiellement semblables et rapprochés par une origine commune, ou bien se sont-ils trouvés séparés dès le début en familles distinctes? Qu'est-ce que l'homme? Quels rapports l'unissent aux êtres qui l'entourent? Quelle est la solution du problème de son origine, de l'époque et du lieu où il est apparu? Quel est le choix qui s'impose entre ces deux explications des variétés ethniques : l'unité ou la pluralité spécifiques du genre humain?

Dans le développement des questions ci-dessus réunies gît la matière de l'*anthropologie zoologique*, à laquelle les auteurs ont consacré six chapitres, dont les titres seuls sont de nature à exciter la plus vive attention : Place de l'homme dans le monde animal; — L'homme et les singes; — L'ordre des Primates; — Parallèle anatomique de l'homme et des singes ; — Origine de l'homme; — Monogénisme et polygénisme.

On aime à suivre avec les auteurs les opinions de Buffon, d'Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire, de Quatrefages, de Gratiolet, de Linné, de Cuvier, de Broca, etc., relativement à la place qu'il convient d'assigner à l'homme dans la nature. On s'intéresse aux tentatives pour trouver une caractéristique humaine, qu'on a cherché à fonder sur la

©BIU Santé

les magasins, boutiques, usines, ateliers, hangars, remises, chantiers et autres locaux *servant à l'exercice des professions imposables...* »

Remarquons que tous les locaux explicitement désignés sont des locaux industriels, et que ceux que le législateur a laissés indéterminés doivent positivement, pour être imposables, *servir à l'exercice de la profession.*

L'art. 14 ajoute : « Si, indépendamment de la maison où il fait sa résidence habituelle et principale, et qui, *dans tous les cas...* doit être soumise au droit proportionnel, le patentable possède, soit dans la même commune, soit dans les communes différentes, une ou plusieurs maisons d'habitation, *il ne paye le droit proportionnel* que pour celles de ces maisons *qui servent à l'exercice de sa profession.* »

Appliquées à des commerçants, ces dispositions sont très claires et ne soulèvent aucune difficulté. Mais je dis, et je vais montrer, que vouloir les appliquer aux médecins d'eaux minérales, c'est aller au rebours du texte même de la loi.

Ce sont les mots « résidence habituelle et principale », d'une part, et, d'autre part, l'injonction d'avoir à payer, « dans tous les cas », le droit proportionnel pour cette résidence, qui ont égaré les commentateurs.

Je ne m'attarderai pas à établir que la résidence habituelle et principale d'*un médecin* n'est, en droit, et j'ajouterai : en bon sens, que la résidence où il exerce sa profession. En fait, la plupart des médecins d'eaux, qu'ils habitent Paris, Lyon ou toute autre ville, passent une partie de l'hiver à voyager, soit pour leur plaisir ou leurs relations de famille, soit pour visiter les établissements ou les confrères étrangers. Il me suffira de faire voir où conduirait l'interprétation judaïque qui a été donnée aux expressions « habituelle et principale », caractérisant la résidence où un médecin n'exerce pas sa profession :

Au lieu de dire, comme le fait avec toute justice la seconde partie de l'art. 14, en visant les commerçants, au lieu de dire : « La maison où il (le patentable) fait sa résidence habituelle principale, et qui, *dans tous les cas,* doit être soumise au droit proportionnel, etc. », il faudrait, si l'on vise les médecins, rédiger comme il suit ce même article : « La maison où il fait sa résidence habituelle et principale ne doit être soumise au droit proportionnel que *dans un seul cas;* à savoir quand il possède, dans la même commune ou dans des communes différentes, une ou plusieurs autres maisons servant à l'exercice de sa profession. »

Une telle conséquence, montre bien qu'il ne saurait y avoir, *pour le médecin* d'autre résidence habituelle et principale que celle où il est médecin, c'est-à-dire, comme l'in-

---

notion de *moralité*, de *religiosité*, sur la faculté de la *parole*, ne pouvant la déduire des conditions anatomiques ou physiologiques, tentatives combattues avec l'Ecole d'anthropologie par MM. Hovelacque et Hervé. Linné a créé l'ordre des Primates, où il avait osé, au grand scandale de son époque, ranger côte à côte l'homme et les singes. « L'étrange place pour l'homme, écrivait Daubenton... quelle fausse méthode met l'homme au rang des bêtes à quatre pieds! » De nos jours, Gratiolet s'est exclamé en Sorbonne : « Par son intelligence, l'homme est l'image de Dieu! » Singulière divinité que celle qui, en intelligence, serait seulement l'égale de l'homme. « Ni singe, ni Dieu! » disent nos auteurs. « L'ordre des Primates, comme il est aujourd'hui constitué et tel que l'acceptent la majorité des naturalistes, est l'ancien ordre linnéen, modifié par quelques suppressions. » Les auteurs nous en donnent la division d'après Broca, et nous font passer en revue les doctrines d'Eustache, de Vicq d'Azyr, de Camper, de Blumenbach, de Cuvier et de ses élèves, avec les solennels débats qui ont « abouti à la victoire complète des partisans de l'*animalité* de l'être humain ».

Le parallèle anatomique de l'homme et des singes tient une très grande place dans le livre. Il est établi sur l'examen comparatif très complet de tous les organes de l'homme et du singe. Ce parallèle renferme une multitude de détails intéressants : Les caractères morphologiques du crâne étudiés comparativement; — ce fait remarquable, que les primates comparés à l'homme possèdent, lorsqu'ils sont jeunes, une intelligence vive et éveillée, presque comme celle de l'enfant humain, des sentiments affectifs très développés et une réelle aptitude à subir l'influence de l'éducation; — ce fait com-

dique M. Richelot, celle où il exerce *habituellement* et *principalement* (si l'on veut) la médecine.

J'insiste, parce que j'ai peur : « évitant d'être long, de devenir obscur ». Si le lecteur est édifié, il peut s'arrêter ici; s'il reste quelque hésitation dans son esprit, qu'il veuille bien poursuivre encore un moment avec moi. Un médecin reste cinq mois dans une station minérale, il y paye patente; c'est exorbitant, la profession de médecin ne pouvant être exercée qu'après des sommes considérables dépensées et des droits de toutes sortes déjà payés à l'Etat. Un cabinet de consultations ne s'ouvre pas comme une boutique d'épicier ou comme un étal de boucher. Puis, la saison finie, de deux choses l'une, ou le medecin reste dans le pays ou, ce qui est le plus ordinaire, il s'en va.

Dans le premier cas, le fisc ne lui demande rien. Que ce médecin exerce ou n'exerce pas sa profession, il a payé la patente, *qui est toujours annuelle*, il peut faire ce que bon lui semble. En général, les médecins qui restent dans les stations, pendant l'hiver, sont du pays, et y font de la clientèle.

Dans le second cas, lorsque le médecin s'en va, le fisc ne le laisse guère tranquille. Sous prétexte que le temps passé hors de la station est plus long que le séjour à la station, on veut que l'habitation hors de la station soit « habituelle et principale ». Mais comment le fisc justifiera-t-il ses prétentions?

« *Habituelle!* » pour peu que le médecin aille rendre visite à des amis, à des parents, des confrères, le temps qu'il passera dans son habitation d'hiver sera plus court que celui passé à la station. J'ai dit plus haut que la plupart des médecins d'eaux profitaient de leurs loisirs d'hiver pour entreprendre des voyages soit d'agrément, soit d'utilité. Comment le fisc prouvera-t-il qu'ils sont restés chez eux le temps voulu pour que le séjour soit considéré comme habituel? Faudra-t-il en venir aux certificats de résidence?

« *Principale!* » A quelles contestations insolubles ne donnerait pas lieu la fixation de ce terme? Je crois être au-dessous de la vérité en affirmant que plus de la moitié des médecins d'eaux ont dans les stations des habitations de plus de valeur que l'appartement qu'ils occupent dans la ville où ils résident l'hiver. D'ailleurs, les deux expressions n'ont rien de corrélatif; un domicile peut très bien être habituel sans être principal, et le domicile principal peut n'être pas habituel. Comment sortira-t-on de toutes ces difficultés? Eh bien, je suppose (par pure complaisance) qu'on en soit sorti, et voici la scène à laquelle aboutit l'interprétation proposée de la loi :

Deux confrères exerçant près de la même station se présentent chez le haut fonc-

---

plémentaire, que, dès qu'ils ont passé la période de croissance, ils s'abrutissent, deviennent farouches et insociables; — cet autre fait, qu'on pourrait dire explicatif, où l'on voit que l'oblitération des sutures crâniennes, qui marque l'arrêt du développement cérébral, est plus précoce chez le singe; — etc., etc. « Parvenus au terme de cette étude, disent les auteurs, et faisant maintenant la balance définitive, nous reconnaissons que deux grands caractères distinguent l'homme de l'animal : 1° la station verticale, d'où dépend sa supériorité anatomique; 2° le développement tout à fait hors ligne du cerveau, d'où résulte sa suprématie intellectuelle. »

Dans les deux chapitres que les auteurs ont consacrés à l'origine de l'homme, au monogénisme et au polygénisme, ils ont posé carrément et discuté les problèmes les plus intéressants peut-être, mais aussi les plus difficiles. C'est à peine si, dans un simple feuilleton, on ose seulement les indiquer. Tels sont, entre autres, les suivants : Les analogies organiques étroites qui rattachent l'homme aux mammifères supérieurs; — la parenté des anthropoïdes et de l'homme démontrée par l'anatomie comparée, l'embryologie, l'anatomie anormale, la paléontologie; — l'appréciation de la *loi de l'unité de plan de composition des animaux* d'Etienne Geoffroy-Saint-Hilaire; — le choix, forcé selon les auteurs, entre ces deux hypothèses : créationisme ou transformisme; — de quelle souche probable s'est détaché le genre homme, par quelles formes intermédiaires il en provient; — en quels points du globe il est permis de placer sa patrie primitive; — l'évolution des phases embryonnaires, qui reproduisent à l'état transitoire, chez l'homme et les vertébrés supérieurs, les conditions organiques permanentes des êtres moins

©BIU Santé

tionnaire qui personnifie le fisc. Le premier dit : « Indépendamment de plusieurs fermes que je loue et où je vais me reposer le dimanche, j'occupe, à X...-les-Bains, une vaste et confortable maison, où je reste toute l'année, soignant les étrangers l'été, et les habitants du pays l'hiver. »

— Bien, répond le grand personnage, vous paierez la patente !

Le second médecin dit à son tour : « J'occupe, à X...-les-Bains, une maison, moins vaste et moins élégante que celle de mon confrère, mais qui aussi m'appartient. Aussitôt que la saison est finie, je vais chasser avec des amis qui ont de grandes amodiations dans le Nord, et, plus tard, je viens me loger dans un modeste appartement au troisième ou quatrième étage, où je ne fais pas de médecine. »

— Ainsi, reprend le fisc, vous avez tous les deux plusieurs habitations ; la seule différence que je puisse, moi fisc, constater entre vous, c'est que l'un exerce toute l'année sa profession, et que l'autre ne l'exerce pas même la moitié de l'année. Eh bien, le premier paiera *une* patente, et l'autre en paiera *deux*.

— Un dernier mot et j'ai fini. M. le docteur Richelot, en 1882, était encore médecin au Mont-Dore. Par un sentiment de générosité naturelle ou de pudeur excessive, il n'a pas voulu, sans doute, paraître plaider *pro domo sua*. Aujourd'hui qu'il ne pourrait plus être soupçonné d'être juge dans sa propre cause, il serait digne de lui de saisir à nouveau de cette question l'Association désormais édifiée sur son impartialité.

Dr Max. LEGRAND.

Association française pour l'avancement des sciences.

SESSION D'ORAN, DU 29 MARS AU 3 AVRIL 1888.

Section des sciences médicales.

Présidents d'honneur : MM. Verneuil (de Paris) et Mondot (d'Oran) ; — Président : M. le professeur Grasset (de Montpellier) ; — Vice-Présidents : MM. Gros, Fonteneau (Oran), Gross (Nancy) ; — Secrétaires : MM. Lévy (Oran), Baudoin et Tissier (Paris).

M. le docteur Mohammed bey Nakkach (d'Inkermann) préconise le traitement de la diphthérie par le perchlorure de fer et le lait. Le perchlorure de fer est administré en solution de 25 à 30 gouttes dans un verre d'eau, dont on donne une cuillerée à bouche toutes les cinq minutes ; on donne aux mêmes intervalles une cuillerée à bouche de

---

élevés en organisation ; — le passage de la forme animale à la forme humaine ; — les races inférieures disparaissant au contact des races civilisées ; — la lutte pour la satisfaction des besoins tout aussi âpre de nos jours qu'aux premiers âges ; — les climats, l'alimentation, le genre de vie, impuissants à expliquer les caractères distinctifs des races humaines ; — la théorie darwinienne de la sélection, vraie dans une certaine mesure, inacceptable pour la formation des races par les milieux ; — comment se représenter la généalogie de l'homme ; — anthropoïdes actuels nullement en progrès sur les fossiles ; — pluralité des origines humaines ; — il y a, d'après James Hunt, d'aussi bonnes raisons pour faire du nègre, par exemple, une espèce distincte de l'Européen, que pour faire de l'âne une espèce distincte du zèbre ; — distribution géographique des races humaines ; concordance entre les lois de cette distribution et celles qui président à la répartition des espèces animales à la surface du globe ; — le prétendu cosmopolitisme de l'homme ; — etc., etc.

Comme pour l'anthropologie zoologique, les auteurs ont donné des développements considérables et attrayants à l'*anthropologie ethnique*, qui, pénétrant dans l'étude de l'organisation comparée des races, en a décrit sous leur plume les caractères physiologiques, dans l'ordre anatomique, appareil par appareil, laissant entrevoir le nègre comme intermédiaire possible entre le singe et l'homme ; à l'*anthropologie préhistorique*, qu'animent la notion du précurseur de l'homme créé par Gabriel de Mortillet, celle des circonstances au milieu desquelles il aurait vécu, les changements climatologiques, l'émigration d'un certain nombre d'animaux, et la venue d'une race étrangère sur

©BIU Santé

lait, de manière à en faire prendre un litre par jour. On touche en outre trois fois par jour la gorge avec un pinceau de charpie imbibé d'une solution assez forte de perchlorure de fer, pour détacher les fausses membranes et cautériser légèrement la muqueuse sous-jacente.

Sur 21 malades traités de cette manière, dans de bonnes conditions, il y eut 20 guérisons et 1 mort chez un enfant de 6 mois. Chez tous, la diphthérie s'est arrêtée dès le début du traitement; il semble donc que le perchlorure de fer et le lait s'opposent au développement et à l'extension des fausses membranes. M. Jules Simon donne aussi le perchlorure de fer, systématiquement, dans la diphthérie, mais malgré le succès obtenu, M. Gibert (de Paris) exprime des doutes sur l'action locale de ce médicament dans la diphthérie, et M. Lenoel (d'Amiens) sur le diagnostic de la maladie; en effet, la récidive est survenue rapidement dans un cas, et M. Lenoel se demande s'il s'agissait bien alors de la diphthérie, les maladies infectieuses n'étant pas d'ordinaire sujettes à récidive.

M. Moure (de Bordeaux) résume l'état de nos connaissances sur le mycosis de l'arrière-gorge sur lequel a paru une bonne thèse à Bordeaux en 1887, par M. le docteur Mendos Bonito. Les cas publiés jusqu'à ce jour sont de 20 environ, mais il faut peut-être attribuer cette rareté à ce fait que, la maladie n'étant pas connue, est restée souvent inaperçue. On l'observe indistinctement chez l'enfant et chez l'adulte, mais, d'ailleurs, son étiologie est assez obscure. Les symptômes fonctionnels sont habituellement ceux de la pharyngite granuleuse, mais peuvent faire défaut. A l'examen, on aperçoit sur les amygdales ou la base de la langue de petites saillies ayant la forme de touffes, à surface tantôt unie, tantôt irrégulière, frangée, d'un blanc jannâtre, se détachant avec difficulté, à cause de la pénétration du parasite, dans l'épaisseur de la muqueuse; l'arrachement produit un petit suitement de sang. Ces touffes blanches sont composées par les éléments du *leptothrix buccalis*. Les inoculations et les essais de culture ont donné des résultats négatifs.

Le pronostic est bénin, le diagnostic facile, quand on est prévenu de la possibilité et de l'existence de l'affection. Le traitement consiste à arracher ou racler les touffes et à cautériser les points d'implantation avec des solutions de chlorure de zinc au 20e ou au 30e, d'acide lactique pur ou étendu de moitié d'eau, ou mieux encore avec le thermocautère pour les amygdales et le galvano-cautère pour la base de la langue.

Le procédé employé par les rabbins juifs pour pratiquer la circoncision a été exposé et défendu par M. le docteur Mondot (d'Oran) qui voudrait le voir appliquer chez les

---

le territoire qui devait être plus tard celui des Gaules; et enfin à l'*ethnographie*, passant en revue, sous cette division, toutes les races, depuis les populations noires de l'Océanie, jusqu'aux races de l'Europe occidentale.

Après cette revue générale, riche de renseignements, les auteurs ont discuté les diverses tentatives de classification qui ont été produites. Pour eux, une classification ethnique absolue est impossible. Et ils ont terminé leur intéressante publication par un rapide coup d'œil sur l'évolution ethnographique, en d'autres termes, sur le développement de la civilisation dans l'ensemble de l'humanité.

Nous avons essayé de donner aux lecteurs de l'*Union médicale* une idée, sinon complète, au moins aussi approximative que possible, de la valeur incontestable du *Précis d'anthropologie*. Dans notre analyse, qui ne pouvait faire ressortir qu'un nombre limité de parties de l'œuvre, nous nous sommes abstenu avec toute raison de discuter et de formuler des jugements. Toutefois, il est un point très intéressant sur lequel nous demandons la permission de dire un mot. Les anciens, déjà, appelaient l'homme le *roi des animaux;* mais son *origine* animale est-elle suffisamment démontrée? Certes, si l'on tient compte, d'une part, en étudiant l'histoire, même plus ou moins récente, des actes horribles qui consistent à arracher les yeux, à couper les poings, à arroser de plomb fondu des êtres vivants, à les brûler vifs, à faire rougir au feu des tiges de fer pour les plonger dans les entrailles des femmes vaudoises, à se livrer enfin à « tous les excès devant lesquels la pensée recule d'effroi... » (Byron, dans *Don Juan*); et, d'autre part, des événements absurdes, remarquables par l'absence inconsciente de tout sentiment

©BIU Santé

adultes; il trouve qu'il est exempt de danger, n'ayant jamais observé à la suite ni la contagion de la syphilis, ni l'hémorrhagie, etc. Mais M. Séguy (d'Oran), tout en admettant la rareté extrême des accidents, en particulier des hémorrhagies, que prévient le pansement consécutif par sa compression énergique, pense qu'il est difficile de reconnaître les accidents spécifiques à cause de la fréquence extrême de la scrofule et de la syphilis chez les israélites d'Algérie. M. Milliot déclare, en outre, qu'il est presque impossible de savoir exactement s'il survient des accidents consécutifs, les parents et les rabbins se gardant bien de faire leurs confidences aux médecins.

Mme Gaches-Sarraute, pour pratiquer le curetage de l'utérus, qu'elle préconise dans les endométrites, emploie une antisepsie rigoureuse; c'est à celle-ci qu'elle attribue l'absence d'accidents et les succès obtenus dans les 17 cas qui résument sa pratique. Non seulement elle améliore ainsi l'état de l'utérus, mais elle a pu ainsi faire cesser une sorte de congestion de la muqueuse laryngée et rendre à la voix sa pureté. M. Grasset pense que cette modification laryngée porte sur des phénomènes nerveux et non sur des phénomènes congestifs, étant données les relations qui existent entre l'utérus et le larynx. Dans l'opération, Mme Sarraute a toujours pu abaisser facilement l'utérus de quelques centimètres, en l'attirant vers la vulve après l'avoir saisi avec une pince de Museux.

Le traitement de la phthisie par l'hygiène et les médicaments a fait l'objet de plusieurs communications. D'abord, M. Pauly (d'Oran) fait un éloge du climat algérien, qui, grâce à la permanence du beau temps, est parfaitement habitable pour les colons et les malades. Actuellement, il se développe une race de colons robuste et pleine de sève; mais il faut qu'ils mènent une vie très active, très mouvementée, la vie du propriétaire agriculteur. La phthisie peut s'améliorer sensiblement, mais il faut que les malades vivent dans les mêmes conditions de liberté et de bien-être que les touristes.

M. Benjamin Milliot, médecin de colonisation à Bugeaud, fait ressortir la salubrité très grande de sa circonscription, qui doit être mise au nombre des plus saines de l'Algérie, grâce à l'altitude à laquelle se trouve Bugeaud (arrondissement de Bone) et une autre localité créée en 1870, Herbillon, située au bord de la mer. La statistique médicale démontre, en effet, que certaines maladies essentiellement funestes par leur caractère épidémique, telles que la fièvre typhoïde et la diphthérie, y sont inconnues; depuis quelque temps, Bugeaud est devenu le rendez-vous, pendant la saison d'été, des malades de Bône et de la vallée de la Seybouse, notamment des impaludés.

Le séjour des étrangers malades dans les stations d'hiver aurait, d'après M. le doc-

---

de pudeur, comme celui que nous trouvons dans le *Précis d'anthropologie*, et où nous voyons, chez les Hottentots, le prêtre lâcher son urine « sur les nouveaux mariés, sans que cet acte singulier alarme en rien la pudeur des époux », on est obligé d'avouer que ces faits hideux ou ridicules sont bien faits pour venir à l'appui de la doctrine de l'origine animale — ou mieux bestiale — de l'homme. Malgré cela, il nous semble que cette doctrine demande à être étudiée encore.

« En somme, disent nos auteurs, de l'ensemble des études anthropologiques, il se dégage un fait hors de conteste : l'évolution, le progrès; » et nous ajouterons qu'un livre comme celui que nous venons de signaler « apporte un puissant concours à l'humanité pour la réalisation de son propre développement ». — Dr G. Richelot père.

Pate contre l'intertrigo. — Unna.

Ichthyol.....	1 à 3 grammes.
Ammoniaque.....	1 à 3 —
Glycérine, dextrine et eau distillée, de chaque.	10 grammes.

Mélangez à une douce chaleur. — Cette pâte calme rapidement les démangeaisons et la douleur, dans toutes les variétés d'intertrigo, et dans les eczémas légers de la face et des mains. — N. G.

---

teur Laussedat (de Royat), une influence des plus funestes sur la population indigène. Les tuberculeux, qui étaient très rares il y a vingt-cinq ans à Cannes, sont actuellement très nombreux dans la population fixe, surtout chez les enfants et les jeunes gens, sans qu'on trouve la cause de cet accroissement dans l'hérédité.

M. Laussedat pense qu'il faut incriminer, d'une part, les mauvaises mœurs provoquées chez les indigènes par le contact de la richesse; d'autre part, la dissémination des bacilles apportés par les phthisiques étrangers; enfin, le défaut de propreté des habitants. On pourrait aisément faire une enquête analogue à Hyères, Pau, Amélie-les-Bains, Alger, etc. La conclusion qui s'impose est la nécessité d'enseigner la propreté ou de de surveiller la désinfection des objets mobiliers ayant servi aux phthisiques.

MM. L. Moreau et Cochez (d'Alger) ont employé les inhalations d'acide fluorhydrique dans le traitement des maladies des voies respiratoires. Sur 60 malades qu'ils ont observés, tant à l'hôpital civil qu'en clientèle privée, MM. Moreau et Cochez ont eu 28 améliorations, 4 états stationnaires, 9 aggravations, 4 décès, 11 malades disparus après une ou deux séances, 4 malades atteints simplement d'asthme ou de catarrhe bronchique chronique. Ces résultats sont inférieurs à ceux qui ont été obtenus par MM. Garcin et Seiler, bien que les procédés d'inhalation aient été aussi semblables que possible. Toutefois, ils leur paraissent assez encourageants pour ne pas renoncer à ce nouveau mode de traitement. S'il n'est pas souverain, il est utile et ne leur a paru jamais nuisible. Il reste évidemment à déterminer les cas qui sont les plus aptes à en bénéficier et ceux qui ne seront que peu ou pas modifiés.

L'acide fluorhydrique paraît agir en excitant l'appétit, en modifiant la nature de la sécrétion bronchique, et probablement en détruisant les microbes et leurs produits infectieux dans cette sécrétion, sinon dans le tissu pulmonaire lui-même.

Il faut ajouter que les inhalations sont bien supportées; qu'elles ne déterminent aucune espèce d'irritation conjonctivale; c'est tout au plus si elles donnent un peu d'agacement aux dents sans que l'émail soit terni.

M. Laussedat remarque que les heureux résultats obtenus par MM. Moreau et Cochez, chez les caverneux, n'ont pas été constatés par M. Chuquet, à Cannes; tous les tuberculeux peu avancés se sentaient stimulés par les inhalations, l'appétit revenait, les sueurs diminuaient, etc. Mais jamais les lésions pulmonaires n'ont été modifiées de façon appréciable et les tuberculeux caverneux n'ont guère paru éprouver les bons effets accusés par les autres. M. Chuquet a, de plus, constaté que caverneux ou non caverneux avaient toujours, avant, pendant et après les inhalations, les microbes de Koch en mêmes proportions, résultats contraires à ceux annoncés par MM. Seiler et Garcin.

M. Loye fait d'ailleurs remarquer à ce propos que l'action microbicide de l'acide fluorhydrique, bien que présumable, n'a pas encore été démontrée; quant à l'outillage, on l'a compliqué comme à plaisir; il suffit d'un flacon en gutta-percha avec des tubulures et des soufflerie convenablement disposées.

Dans l'opération de l'empyème, M. Rogée (de Saint-Jean-d'Angély) a imaginé un appareil destiné à prévenir le ratatinement du poumon, tout en conservant le drainage permanent de la plèvre. Cet appareil est muni d'une canule avec deux soupapes permettant la sortie de l'air de la cavité pleurale vers l'extérieur, mais non sa marche en sens inverse. Grâce au fonctionnement de ces soupapes, le poumon, revenu sur lui-même, est forcé de se dilater. A chaque secousse de toux, l'air contenu dans la plèvre est expulsé et ne peut rentrer dans la poitrine, et peu à peu, le vide se faisant, le poumon est sollicité par la pression intra-pulmonaire de s'étendre vers la paroi thoracique, tandis que cette paroi elle-même a beaucoup plus de tendance à s'affaisser sur le poumon par le fait de la pression extérieure, qui n'est plus balancée par la pression intra-pleurale.

M. Grégoire a guéri ses malades sans avoir recours aux lavages et M. Milliot en se servant d'un appareil qu'il considère comme plus utile, et qui est connu sous le nom d'aspirateur hydraulique de Tachard.

M. Grasset (de Montpellier) communique un travail de son chef de clinique, M. Sarda, sur l'*antipyrine* et l'*acétanilide* comme médicaments nervins, et leur comparaison avec la *solanine*. Cette étude repose sur plus de 130 observations. Elle a pour but de montrer

©BIU Santé

les différences d'action de l'antipyrine et de l'acétanilide d'une part et de la solanine d'autre part.

Comme médicaments nervins, les deux premières substances sont d'excellents analgésiques; elles n'ont pas une action absolument parallèle; l'antipyrine s'adresse plus utilement au rhumatime articulaire aigu, à la migraine, aux névralgies de date récente; dans tous ces cas la supériorité de l'antipyrine est incontestable, il en est de même pour les douleurs à paroxysmes, de diverse nature.

L'acétanilide est inférieure à l'antipyrine lorsqu'il s'agit de combattre les douleurs ci-dessus mentionnées; elle agit aussi bien que cette dernière contre les douleurs des ataxiques, le rhumatisme chronique. Dans ce dernier cas, dans les névralgies de date ancienne, la supériorité de l'acétanilide est évidente.

Contre les phénomènes d'excitation motrice, trépidation épileptoïde, réflexes exagérés, tremblements, l'antipyrine donne des résultats le plus souvent médiocres : elle a peu réussi contre les spasmes réflexes (hoquet, éructations) des hystériques : elle a donné des résultats négatifs dans la paralysie agitante, le tic douloureux de la face. Dans tous ces cas, l'acétanilide réussit mieux, sauf dans la paralysie agitante où elle est sans succès.

Ces deux médicaments sont très rarement suivis d'accidents tels que vomissements, exanthèmes, sueurs profuses. La tolérance gastrique est plus grande pour l'acétanilide.

La solanine est un médicament nervin très utile toutes les fois que l'on veut obtenir une action dépressive sur le bulbe et la moelle; elle amène la parésie pour les nerfs moteurs, l'analgésie pour les nerfs sensitifs. Inefficace pour le rhumatisme articulaire aigu, elle réussit très bien contre le rhumatisme musculaire : elle agit aussi bien que l'acétanilide pour calmer les douleurs liées à l'ulcère de l'estomac, ainsi qu'il résulte de trois observations. Elle est bien supérieure à l'antipyrine et à l'acétanilide dans le traitement des sciatiques anciennes et rebelles, surtout en cas de névrites. Elle calme aussi bien que ces deux substances les douleurs des ataxiques.

C'est surtout comme modérateur de l'excitation motrice que la solanine est un médicament précieux. Dans deux observations de myélite chronique avec douleurs fulgurantes et trépidation épileptoïde, les résultats ont été très remarquablement rapides et constants. Les douleurs et la trépidation ont été supprimées. Des tracés de trépidation montrent bien cette influence.

Dans un cas de sclérose en plaques avec tremblement très étendu du membre supérieur gauche, les résultats ont été plus remarquables encore; après quatre jours de traitement, le tremblement était presque nul; il avait disparu complètement au sixième jour.

Dans la paralysie agitante, le tic douloureux de la face, l'hémiathétose post-hémiplégique, les résultats sont moins accusés; mais les doses ont été trop peu élevées pour qu'il soit permis de nier l'efficacité de la solanine dans ces derniers cas. La légère amélioration qui s'est produite fait espérer que la solanine pourra combattre efficacement les phénomènes douloureux et moteurs de ces maladies. La dose moyenne est de 25 ou 30 centigrammes par jour; la tolérance est parfaite.

M. Grasset insiste, en son nom personnel, sur la valeur thérapeutique de la solanine qui n'a qu'un défaut, c'est de coûter encore fort cher (10 francs le gramme). On peut dire que le médicament s'adresse tout spécialement aux symptômes médullaires produits par la lésion des cordons latéraux; c'est le médicament des faisceaux pyramidaux; contre la trépidation épileptoïde, notamment, et contre le tremblement de la sclérose en plaques, la solanine fait merveille, comme le prouvent les observations et les tracés contenus dans le mémoire de M. Sarda. Les effets ne sont peut-être pas très durables, la tolérance est si complète qu'on peut revenir de temps en temps à la médication et débarrasser ainsi le malade de symptômes souvent fort gênants.

La mort par décapitation survenant toujours par le même procédé, le décapité devrait présenter toujours les mêmes phénomènes quand la section est opérée au même point. En réalité, il n'en est rien. Si l'opération est simple, les lésions très complexes qu'elle provoque se traduisent par des hémorrhagies, des asphyxies, des excitations, des paralysies, des phénomènes inhibitoires, des actions vaso-motrices, etc. La moindre différence de proportion entre ces différents effets peut modifier notablement l'état de l'in-

dividu décapité. M. Paul Loye a recherché la cause de ces différences et constaté que la mort rapide se manifeste de deux manières : par asphyxie avec son cortège de convulsions; par inhibition : c'est la mort tranquille et sans agonie survenant par un arrêt brusque de toutes les fonctions.

Les causes de ces différences sont encore obscures, comme MM. Vincent, Moreau et Milliot l'ont fait voir; si ces constatations sont pleines d'intérêt, dit M. le professeur Grasset, elles sont aussi pleines de mystère; pour le moment, il n'y a qu'à accepter le fait, plus tard on pourra chercher les explications qui lui conviennent.

M. le professeur Poncet (de Lyon) a attiré l'attention sur une nouvelle forme d'arthropathie douloureuse, ayant une physionomie spéciale. Elle se développe sur d'anciennes lésions articulaires, non encore guéries, de nature diverse; elle atteindrait plus particulièrement le genou et se montrerait surtout chez la femme. Le pronostic serait des plus sombres, tous les moyens connus, même les pointes de feu avec l'immobilisation de la jointure malade, ne donnent qu'un soulagement momentané. L'intervention chirurgicale radicale paraît être le seul moyen efficace. (*A suivre.*)

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de l'antipyrine dans la pratique obstétricale. — Le docteur Ch. Milne (de New-York), emploie l'antipyrine avec succès comme soporifique et comme anodin; il a recours à ce médicament presque exclusivement, de préférence à l'opium et à ses alcaloïdes, pour combattre la douleur et procurer le sommeil ; et la raison principale de cette préférence, c'est que l'antipyrine produit un sommeil qui délasse, et diminue la souffrance sans laisser à sa suite des effets fâcheux. Il la trouve particulièrement utile dans les cas d'insomnie due à une fatigue excessive, ou d'épuisement par un travail trop prolongé, et contre les tranchées utérines après l'accouchement. Il l'administre ordinairement à la dose de 15 à 20 grains anglais (le grain anglais pèse environ 6 centigrammes) ; et il renouvelle cette dose au bout de deux heures, si c'est nécessaire. Mais la première dose amène presque toujours l'effet désiré (*The med. Rec.*, 14 janv. 1888). — R.

L'intoxication iodoformique, par Duret. (*Société anatomo-clinique de Lille*, 16 novembre 1887.) — Il existe trois formes distinctes : 1° la forme éruptive; 2° la forme cérébrale ou délirante; 3° la forme syncopale ou hypothermique.

La première est la plus fréquente. Elle est caractérisée par une éruption rubéolique se manifestant sur diverses parties du corps et loin du siège de l'application du topique.

La forme cérébrable délirante est caractérisée par des accidents épileptiformes ou par de l'insomnie accompagnée de délire.

La forme syncopale est la plus grave. L'absorption de l'iodoforme est suivie d'hypothermie et d'algidité. La température devient inférieure à 36, on l'a vue descendre à 34,16.

Dans les différents cas qu'a observés M. Duret, les accidents cessaient avec la suppression de l'iodoforme. D'autre part, ce topique peut provoquer des lymphangites et des phlegmons. — P. C.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Une exposition internationale d'hygiène et de sauvetage s'ouvrira à Ostende, le 3 juin prochain. — Pour tous les renseignements s'adresser au secrétaire : M. L. de Vriese, rue des Regnesses, 3, à Gand.

COURRIER

Académie de médecine. — *Concours Gerdy.* — La Commission des eaux minérales, satisfaite des rapports de MM. les stagiaires, Boutarel et Lamarque, pour 1887, leur accorde à chacun une récompense de 500 francs.

©BIU Santé

La Commission leur désigne les stations suivantes, pour 1888 : A M. Boutarel, Bourbonne pour l'été et Dax pour l'hiver ; à M. Lamarque, La Bourboule pour l'été et Amélie-les-Bains pour l'hiver.

Une somme de 3,000 francs sera versée à chaque stagiaire pour ces deux services.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices de Paris sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront le lundi 16 avril 1888, à quatre heures, 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 devront être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre, à partir du 9 avril 1888.

— M. le docteur Lévêque, professeur suppléant à l'Ecole de médecine de Reims, est nommé médecin-adjoint du lycée de Reims, en remplacement de M. le docteur Gentilhomme, décédé.

Nécrologie. — Nous apprenons à l'instant la mort de M. le docteur de Robert de Latour, décédé le 4 avril à Saint-Cloud, à l'âge de 86 ans. Le service aura lieu le samedi 7 courant, à dix heures et demie très précises en l'église de Saint-Cloud. (Départ de Paris, gare Saint-Lazare, train de neuf heures cinquante-cinq.)

Création d'un Institut vaccinal municipal. — La campagne entreprise depuis longtemps pour la création d'un Institut vaccinal à Paris est sur le point d'aboutir. L'Administration de l'Assistance publique a institué une commission composée de MM. Peyron, Levraud, Vaillant, Chautemps, Dubrisay, Risler, Brouardel, Proust, Du Mesnil, Lépine, Bezançon, Mourlan, Baudouin des Salles. Cette commission a entendu MM. Chauveau, membre de l'Institut, qui a fondé l'Institut vaccinal de Lyon ; Nocard, directeur de l'Ecole vétérinaire d'Alfort ; Vaillard, agrégé au Val-de-Grâce, chargé du service des vaccinations ; Chambon et Launay, vaccinateurs ; Gallois et Bouvard, architectes. Les résultats des travaux de cette commission seront prochainement soumis au Conseil de surveillance de l'Assistance publique, puis au Conseil municipal. (*Gaz. médicale*).

Société de médecine légale. — Séance du lundi, 9 avril 1888, à quatre heures très précises au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 1. M. le professeur Brouardel : Présentation d'un travail de M. le docteur G. Linossier, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, sur la recherche du sang dans les expertises médico-légales. — 2. M. le docteur Marcel Briant : Analyse de la thèse inaugurale de M. le docteur Vétaulo : Etude médico-légale sur l'alcoolisme. — 3. Discussion sur les traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. — 4. Communications diverses.

— M. le docteur Dareste, directeur du laboratoire de tératologie, commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 10 avril, à quatre heures, et les continuera les samedis et mardis suivants à la même heure au laboratoire de tératologie. (Bâtiment du Musée Dupuytren.)

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.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : L'antisepsie chirurgicale. — II. Bibliothèque : La contagion du meurtre. — III. Revue des journaux : Extraction d'une aiguille tombée dans une bronche de deuxième ordre. — Diagnostic bactériologique. — IV. Thérapeutique : Traitement rationnel de la phtisie par l'antisepsie pulmonaire. — V. Sociétés savantes des départements : Société de médecine et de chirurgie de La Rochelle (2e sem. 1887). — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

L'antisepsie chirurgicale.

CONFÉRENCE FAITE A L'UNION DES FEMMES DE FRANCE LE 18 JANVIER 1888

Par L.-G. Richelot.

On parle beaucoup aujourd'hui d'antisepsie chirurgicale, et souvent on en parle sans savoir ce qu'on dit. C'est depuis les dernières épidémies de choléra que les antiseptiques sont devenus à la mode; on a voulu partout en faire usage, et les pharmaciens en ont beaucoup vendu; depuis cette époque, vous tolérez l'acide phénique, vous trouvez que c'est « une odeur saine ».

L'idée qui vous gouverne est celle-ci : les microbes sont la cause de toutes nos maladies; pour n'être pas malade, il faut tuer les microbes; donc, pulvérisons dans nos chambres un nuage d'acide phénique, prenons une potion avec quelques centigrammes du même acide, et nous voilà tranquilles, à tout jamais préservés. Malheureusement, les faits ne sont pas si simples. Je voudrais, dans cette conférence, rectifier vos idées à cet égard, mais sans traiter la question d'une manière transcendante, ni pénétrer dans les détails d'un aussi vaste sujet. Mon ambition est plus modeste : je désire, en me plaçant sur votre terrain à vous, femmes de France, vous donner une idée juste de l'antisepsie, telle que vous pouvez, telle que vous devez la pratiquer.

Vous êtes, en effet, sur un terrain très spécial. Votre mission est d'aider le chirurgien dans ses opérations, de prendre part à ses pansements et d'en faire à votre tour. Aujourd'hui, le rôle des aides est considérable; le meilleur chirurgien, entouré d'un personnel qui n'est pas dressé comme lui à l'antisepsie rigoureuse, se voit contrecarré sans cesse et ne fait que de mauvaise besogne. Soyez bien convaincues de ce fait que vous avez une part de responsabilité dans les succès et les revers du chirurgien; alors, vous n'hésiterez plus à faire les efforts nécessaires pour tenir sans défaillance le rôle qui vous est confié.

Vous croyez généralement qu'on est en règle avec l'antisepsie, quand on a fait usage d'un liquide antiseptique. La solution phéniquée tranquillise votre conscience, et vous oubliez toute une série de précautions minutieuses qui sont de la dernière importance et hors desquelles il n'y a pas de salut.

Qu'est-ce donc que l'antisepsie, et comment devez-vous la comprendre? Telle est la première question sur laquelle je m'arrêterai.

Vous entendez sans cesse invoquer notre illustre Pasteur et ses travaux. C'est à lui que nous devons les merveilleux progrès dont je vous entretiens. C'est lui qui nous a fait toucher du doigt la cause des maladies infec-

©BIU Santé

tieuses et contagieuses dont s'occupe la chirurgie; c'est lui qui nous a montré le « microbe » venant souiller les plaies, les obligeant à suppurer, s'insinuant dans l'organisme et y faisant éclater les plus terribles symptômes. On parle aujourd'hui de matières secrétées par le microbe; on fait la part de l'agent figuré et de certains produits solubles qui nous empoignent pour leur compte. Mais je n'entrerai pas dans ces détails; quelles que soient la nature et la forme du virus, les déductions qu'on en a tirées sont les mêmes et la pratique ne change pas.

Un chirurgien anglais, Lister, imbu de la doctrine pastorienne et croyant fermement au microbe, se mit à la recherche de tous les moyens propres à défendre nos blessés et nos opérés contre l'invasion des germes infectieux. Le microbe, c'est l'ennemi; l'antisepsie, c'est la défense contre le microbe. Lister, pour engager cette lutte, s'est muni d'armes multiples : il a prescrit de réunir exactement la plaie par des sutures, puis de la protéger par une série de pièces de pansement qui s'opposent à l'accès de l'air, et qui, imprégnées de substances capables de tuer les germes, tiennent la région blessée dans un milieu parfaitement aseptique. Il a fait des expériences nombreuses sur les propriétés des agents microbicides, et s'est arrêté à l'acide phénique comme au meilleur d'entre eux. Enfin, admettant que les microbes arrivent de tous côtés, par l'air qui nous entoure, par nos mains, par les objets qui nous servent, il a recommandé au chirurgien de ne pas toucher son malade sans avoir purifié ses mains, ses instruments et tout ce qui peut venir au contact de la plaie ou de son voisinage. Vous le voyez, dans ce qu'on a appelé le pansement de Lister, il y a tout un ensemble de moyens variés, de manœuvres complexes, au milieu desquels la solution antiseptique joue son rôle, mais ne représente qu'un des éléments du problème à résoudre. Dominé par cette idée que l'infection a des sources multiples, qu'elle est amenée par tous les contacts et s'insinue par toutes les fissures, Lister a cherché à faire face de tous côtés; c'est ainsi qu'il créa, non pas un pansement, mais une véritable méthode.

Aujourd'hui, nous avons modifié le pansement primitif de Lister, mais nos procédés actuels obéissent toujours aux mêmes principes. Nous craignons un peu moins l'accès de l'air sur les plaies; nous avons surtout peur de nous-mêmes et de nos aides, car nous portons l'ennemi avec nous, sur nos mains, dans nos vêtements. Quand nous approchons d'un blessé, nous lui apportons forcément des germes d'infection, et c'est contre nous-mêmes que nous avons à le défendre. Une expérience de laboratoire, bien curieuse et bien instructive, le démontre. Un ballon de verre exactement fermé contient un bouillon stérilisé, c'est-à-dire privé par l'ébullition de tous les éléments figurés qu'il pouvait contenir. Ce bouillon pur de tout germe peut rester indéfiniment dans le vase clos sans jamais s'altérer. Ouvrez le ballon de verre, passez tout simplement votre manche au-dessus de l'ouverture, refermez et attendez : bientôt les microbes auront envahi ce bouillon de culture; vous l'avez ensemencé, rendu fertile. Vous voyez, par ce seul exemple, que c'est vous qui êtes pour vos malades le principal danger. Dites-vous bien, quand vous approchez un blessé, que votre premier devoir est de le protéger contre vous-mêmes.

Autrefois les chirurgiens avaient des mots commodes pour expliquer leurs revers : intolérance, prédisposition, idiosyncrasie. Plus récemment, des maîtres éminents ont fait remarquer, avec juste raison, que les organismes affaiblis par des maladies antérieures du foie, des reins ou d'autres

viscères supportaient mal les blessures. Il est bien certain que les organismes affaiblis résistent moins à l'infection, et constituent un « milieu de culture » plus favorable. Mais encore faut-il, pour que les germes pullulent dans ces organismes, qu'ils y soient apportés; et quand ils montreront leur présence, vous pourrez toujours vous dire que c'est vous qui leur avez servi de véhicule, et que vous êtes responsables des accidents qui éclatent.

Plus nous observons, plus nous sommes persuadés que la gravité d'une plaie n'est pas en rapport avec son étendue. La blessure la plus vaste, maintenue aseptique, se réunit vite, sans suppurer, sans provoquer d'accidents. Elle est seulement plus difficile à défendre, et il nous faut redoubler de vigilance pour protéger une si large surface et ne pas laisser la moindre fissure par où l'ennemi puisse pénétrer. Au contraire, l'exploration la plus douce, la plus réservée, portant sur un organe ou sur une plaie minime, peut être suivie des accidents les plus graves, si elle est faite avec un instrument non lavé, pris au hasard dans une trousse et portant sur lui des germes infectieux.

Vous voyez que tout dépend de nous, le mal et son remède. Or, ce remède, il a un nom, c'est *la propreté*. Mais non pas la propreté mondaine, celle qui suffit aux rapports sociaux. Se laver les mains deux ou trois fois par jour, les essuyer avec des serviettes blanches, c'est fort bien; mais au point de vue chirurgical, c'est absolument insuffisant.

Vous avez les mains propres quand, après les avoir lavées au savon, vous les plongez dans une solution de sublimé, par exemple. A ce moment précis, elles sont pures de tout germe et inoffensives. Mais attendez qu'elles soient sèches ou essuyez-les, c'est fini, vous n'avez plus les mains propres : car elles ont recueilli des poussières qu'elles vont déposer sur la plaie. Nous ne pouvons établir de distinction entre une main lavée depuis dix minutes, peut-être inoffensive, et une autre qui prend l'air depuis un peu plus longtemps, qui a touché des objets propres d'apparence, et qui déjà porte à sa surface des germes d'infection. Une fois, deux fois, votre malade aura la chance de n'être pas infecté; la troisième fois, vous aurez de la suppuration, et vous serez étonnée de voir manquer la réunion primitive; et que direz-vous si, la quatrième fois, un érysipèle se déclare? C'est alors que vous devrez vous repentir amèrement, car l'érysipèle ne vient pas tout seul.

Il y a encore, malheureusement, des chirurgiens qui ne veulent pas de ces précautions minutieuses, qui les trouvent exagérées et même ridicules. Il faut bien, cependant, que ces infimes détails aient leur raison d'être, puisqu'en les respectant nous réussissons tous les jours des opérations qu'on trouvait jadis impraticables. Il faut bien que ces idées aient du bon, puisque les chirurgiens qui leur sont réfractaires n'osent guère se lancer dans certaines opérations délicates, comme s'ils avaient conscience d'être armés incomplètement, tandis que les chirurgiens fermement attachés à la doctrine antiseptique se sentent garantis contre les accidents et font couramment les opérations qu'on jugeait autrefois inabordables.

Vous savez maintenant quel est, dans les opérations et le traitement des plaies, le problème à résoudre : éloigner ou détruire les germes infectieux. Vous avez un programme entre les mains; comment allez-vous le réaliser, dans les trois phases successives dont se compose l'acte chirurgical : préparation matérielle, opération, pansements? Dans ces trois phases, vous jouez un rôle actif, car souvent le chirurgien vous charge de préparer les

©BIU Santé

objets nécessaires à l'opération; puis, le moment venu, vous lui présentez les instruments, les éponges, les pièces de pansement; puis, enfin, vous prenez votre part dans les soins consécutfs et dans la guérison de la plaie.

Dans la chirurgie des grandes villes, vous avez tout sous la main, vous êtes dans les meilleures conditions pour seconder efficacement l'opérateur. C'est le cas d'apprendre à tout faire pour le mieux, afin de ne pas trop mal faire quand vous serez dans de plus mauvaises conditions, en temps de guerre par exemple.

Un malade va subir une opération. Autant que possible, qu'il soit placé dans une chambre à murs nus, sans tentures, dans un lit sans rideaux, car tentures et rideaux sont des réceptacles de poussières. Mais, d'autre part, il ne faut pas exagérer cette influence du milieu; l'important, c'est de protéger la plaie minutieusement, rien ne vous en dispense; et cela suffit, quand on sait le faire, même dans un milieu défavorable.

Il faut préparer des draps, des serviettes et des compresses. Les draps et les couvertures chauffés protégeront l'opéré contre le refroidissement; la chaleur est indispensable, et la température de la salle peut aller jusqu'à 22, 23 et 25 degrés. La chaleur est aussi un agent de désinfection, surtout pour les compresses qui doivent toucher de près le champ opératoire. Le linge venant de la blanchisseuse n'est pas propre, aseptique; on a cité des épidémies d'érysipèle répandues justement par des blanchisseuses. Le mieux est d'avoir sous la main une étuve à désinfection, où le linge est porté à une haute température qui détruit tous les germes. A son défaut, un poêle ordinaire vous rendra des services analogues; moins vous aurez de chaleur, plus longtemps vous y laisserez les compresses exposées. Et puis, la désinfection chimique est toujours là; il suffit, pour le rôle que jouent les compresses dans la plupart des opérations, de les tremper dans une solution antiseptique.

Je ne veux pas entrer dans une étude générale des antiseptiques. Le chirurgien est parfaitement muni avec l'acide phénique à 5 p. 100, solution forte; l'acide phéniqne à 2 1/2 p. 100, solution faible, excellente pour le lavage des mains; le sublimé au millième ou liqueur de Van Swieten, qui sert à tous les usages sauf à laver les instruments, parce qu'il les altère; enfin l'acide borique pour la chirurgie des enfants, qui supportent mal les solutions phéniquées. Dans tous les cas, rappelez-vous qu'il faut présenter au chirurgien, pour ses mains ou pour la plaie, des solutions tièdes.

Un liquide dont on use assez souvent aujourd'hui, c'est l'eau bouillie. Portée à 100° ou au delà, l'eau ne contient plus aucun germe nuisible, et devient apte à servir dans une opération. Entendons-nous bien : cette eau bouillie est privée de germes, elle est *aseptique*, mais elle n'a aucun pouvoir germicide, elle n'est pas *antiseptique*. Si donc elle est bouillie de la veille et conservée dans un vase ouvert, elle a eu le temps de prendre la poussière et ne doit plus être considérée comme inoffensive. Pour employer l'eau bouillie, faites la bouillir au moment de l'opération; et si, par la force des choses, elle doit attendre, protégez-la par un couvercle ou un bouchon bien purifié, par un tampon d'ouate qui empêche l'air de venir à son contact; autrement, vous pourriez avoir des déceptions.

Après les solutions, j'aurais à vous parler des substances pulvérulentes, telles que l'iodoforme, le salol; des diverses gazes imprégnées des substances antiseptiques, etc. Mais je veux surtout vous signaler la nécessité

de conserver tous ces objets avec le soin nécessaire pour que leurs propriétés ne soient pas anéanties et leur usage complètement illusoire. Tout ce que vous donnent les fabricants est entouré d'une enveloppe imperméable, que vous devez absolument respecter et n'ouvrir qu'au moment de l'opération, avec des mains déjà purifiées et prêtes à aider le chirurgien. Ensuite, les paquets sont refermés et placés dans un endroit dont la propreté ne laisse rien à désirer. Jamais une pièce de pansement ne doit traîner sur une table ou rester longtemps à l'air libre; elle se charge de poussières et l'antiseptique s'évapore. Le matériel antiseptique, assailli par les microbes d'un hôpital ou d une ambulance, n'a pas de vertus assez solides pour leur résister; fait pour empêcher la contamination, il peut être contaminé lui-même et a grand besoin d'être protégé.

Mêmes soins pour conserver les éponges. Elles ont été purifiées par des traitements successifs qui sont l'affaire du chimiste et ne vous regardent pas. Elles doivent maintenant séjourner dans un bocal rempli de solution phéniquée, jusqu'au moment de l'opération; ou bien sortez-les du bocal et placez-les dans une terrine parfaitement lavée, en les recouvrant de compresses trempées dans la solution.

Que ferez-vous des instruments métalliques? Chauffés à l'étuve ou flambés sur une lampe à alcool, c'est parfait; mais la trempe et la finesse du tranchant peuvent en souffrir, et il faudra toujours, en attendant le chirurgien, les plonger dans la solution forte. La plupart du temps, cette dernière précaution est très suffisante; la désinfection par la chaleur est un luxe.

Reste enfin l'air de la salle à préparer comme le reste. Un pulvérisateur à vapeur doit fonctionner pendant une demi-heure ou une heure avant l'arrivée du chirurgien; puis, au moment d'opérer, un nuage phéniqué remplissant la salle, on arrête la pulvérisation, qui n'est pas sans ennuis. Nous sommes un peu revenus de la pratique de Lister, qui maintenait le « spray » en activité pendant toute la durée de l'opération. La plaie, inondée de solution antiseptique, touchée par des mains toujours propres, lavée une dernière fois avant la suture, ne risque pas d'être infectée. C'est plutôt pendant les pansements consécutifs, après certaines opérations délicates, que le spray doit être conservé; comme il est prescrit de ne pas toucher la plaie et d'éviter les lavages inopportuns, elle peut être inoculée par la moindre poussière et il est bon de ne la découvrir que sous le nuage phéniqué.

Tout est préparé; le chirurgien arrive, et se prépare à son tour. Vous devez faire comme lui. Vous le voyez portant un tablier qui sort de l'étuve, une serviette également pure attachée autour du cou, ayant ôté les vêtements qu'il portait dans la rue ou dans la salle des malades. Il a relevé ses manches au-dessus du coude et se dispose à opérer les bras nus, car des manches qui traînent aux abords de la plaie sont une cause d'infection. Autrefois, le chirurgien mettait des manches par-dessus ses vêtements pour se préserver contre le sang et les liquides; aujourd'hui, c'est le malade qu'il s'agit de préserver.

Vous le voyez encore se laver les mains, et vous devez l'imiter scrupuleusement. Le lavage des mains est chose délicate, car les moindres poussières s'insinuent dans les plis de l'épiderme, sous les ongles, et en sont délogées difficilement. Il faut se laver au savon d'abord, se frotter avec une brosse un peu dure, apporter le plus grand soin au nettoyage des ongles,

©BIU Santé

puis tremper ses mains dans la solution phéniquée faible ou dans le sublimé au millième.

Vient ensuite la préparation du malade, qui peut vous être confiée. Lavage très large et prolongé, avec le savon d'abord, puis avec la solution phéniquée forte ou le sublimé, de la région où va porter le bistouri. Sur les confins de cette région sont disposées des compresses trempées dans la solution antiseptique. Pourquoi? Parce que, dans le cours de l'opération, la main du chirurgien peut s'égarer à chaque instant sur les régions voisines; partout il faut qu'elle rencontre des surfaces aseptiques, où elle ne puisse ramasser aucun germe suspect.

Le chirurgien trempe une dernière fois ses mains dans la solution, il n'a garde de les essuyer, et l'opération commence. Remarquez bien qu'il opère les mains humides, que plusieurs fois il vous demandera la solution pour les tremper de nouveau, et qu'il a bien soin de ne jamais toucher son tablier, ni les draps, ni aucun objet sec. Voilà une des choses les plus difficiles à faire comprendre à quelques-uns : ne pas s'essuyer les mains, ne pas les frotter à son tablier! Dernièrement, un de mes collègues assistait un chirurgien, son ancien maître, dans une ovariotomie. Il s'était soigneusement lavé. « Essuyez donc vos mains », lui dit l'opérateur avant de commencer. Mon collègue proteste, ébauche une explication, et s'arrête devant l'étonnement sincère de son chef de file. L'opération fut faite habilement, mais la malade mourut de péritonite. Je ne suis pas en mesure de vous affirmer que cette péritonite est venue parce que l'opérateur avait essuyé ses mains, touché plusieurs fois son tablier au cours de l'opération, et obligé ses aides à faire comme lui; l'inoculation a pu venir d'ailleurs, d'une éponge ou d'un instrument mal lavé, que sais-je? Mais c'est justement parce que les sources d'infection sont multiples qu'on est tenu de ne rien négliger, et qu'il n'est pas de si infime détail qui ne soit digne de notre sollicitude.

Si je vous racontais tous les faits de ce genre qui sont venus à ma connaissance, nous n'en finirions pas avec les anecdotes. En voici une, entre autres. « Un bistouri! » demande le chirurgien au moment de commencer. Un aide prend l'instrument dans la solution et le présente. « Non, dit l'opérateur, je le prendrai moi-même. » Idée fort juste en elle-même, de supprimer tout intermédiaire entre la solution antiseptique et le champ opératoire, bien qu'un aide aux mains propres ne puisse pas nuire, et soit souvent nécessaire. Mais où l'histoire devient risible, c'est quand on vit le chirurgien, après avoir pris lui-même le bistouri dans la solution, saisir de l'autre main le coin de son tablier pour y essuyer l'instrument avant de s'en servir.

Une autre fois, j'ai vu un chirurgien, qui faisait le nettoyage d'une région délicate avec la curette et retirait peu à peu des fragments de tissus friables, essuyer l'instrument sur son tablier, le remettre dans la plaie, l'essuyer de nouveau sans autre précaution, et ainsi de suite. Rappelez-vous que ni éponge, ni bistouri, ni aucun instrument servant à l'opération, quand il a touché un objet dont l'asepsie n'est pas certaine, drap, vêtement, etc., ne doit revenir au contact de la plaie sans un lavage préalable. Une pince hémostatique, un écarteur vous est confié pour un instant; bien vite, avant qu'on vous le redemande, plongez-le dans la solution, et ne le rendez que parfaitement pur. Il doit passer directement de votre main dans celle de l'opérateur, en évitant tout contact étranger. Dernièrement,

©BIU Santé

dans une maison de santé, je faisais une opération grave, qui absorbait toute mon attention. Un infirmier me passait des éponges qui avaient été soigneusement purifiées. Une d'elles étant tombée, l'infirmier la ramasse et me la présente. Je la repousse, naturellement; mais une seconde et une troisième fois, la même manœuvre se produit. Inutile de vous dire l'ennui du chirurgien qui, pendant une opération difficile, est distrait par des fautes aussi graves et sent qu'il est secondé par des aides négligents ou sans compétence. Je vous l'ai dit, la responsabilité des aides est considérable; ce n'est pas vous qui faites l'opération, mais c'est vous qui en assurez le succès; sans vous, toute la dextérité du chirurgien peut aboutir à un échec déplorable. Pensez donc à tous ces détails, qui en apparence ne sont rien; épargnez à l'opérateur le souci d'y penser pour vous et de prévenir ou de réparer à chaque instant vos erreurs. Songez que vous avez un rôle qui réclame toute votre attention, tout votre dévouement; songez, en un mot, que vous avez la garde de l'antisepsie.

Souvent, autour du chirurgien et de ses aides, sont groupés des spectateurs, confrères ou élèves. Autrefois, c'était assez l'usage de laisser un spectateur obligeant prendre une part quelconque à l'opération, présenter un instrument, passer une éponge, rétracter un lambeau; il y avait des cas où ces aides bénévoles auraient paru manquer d'intelligence ou de courtoisie, s'ils n'étaient venus au secours du chirurgien aux prises avec une hémorrhagie ou quelque autre accident. Aujourd'hui, nous savons que c'est un danger de mort pour le patient si une main étrangère, non lavée, non aseptique, ose approcher du champ opératoire, entrer dans la sphère d'action du chirurgien. Le spectateur est fait pour regarder, et doit rester impassible quoi qu'il arrive. Il y a quelques mois, un de nos confrères assistait, à Vienne, à une opération du professeur Billroth. On demande les pièces du pansement; un infirmier les apporte et les met à la place qui leur était assignée. Le médecin français, curieux d'examiner leur tissu, s'approche et les touche du doigt. Regard courroucé du professeur, qui prend aussitôt le pansement, le jette dans un coin et en demande un autre. Grand étonnement de notre compatriote, qui n'était pas habitué, paraît-il, aux subtilités nécessaires de l'antisepsie chirurgicale.

Je n'ai plus qu'un mot à vous dire sur les pansements consécutifs. Tout se résume en ceci : le pansement, au point de vue des soins antiseptiques, c'est l'opération qui recommence. Même préparation des mains, des instruments qui vous servent à couper les bandes, à enlever la gaze et l'ouate imbibées des liquides de la plaie. Même protection de la région opérée avec des compresses humides qui la préservent des contacts nuisibles. Ne laissez rien traîner sur le lit du malade, ne jetez rien à terre; que les pièces de pansement salies soient enlevées rapidement dans des bassins et brûlées ou portées loin de la salle. Et pour tout faire avec vigilance, dites-vous bien que le pansement qu'on vous a confié, c'est votre opération à vous; s'il arrive malheur, vous n'aurez à rejeter sur personne une part de responsabilité; si votre malade, sans fièvre après l'opération, voit éclater des accidents quand vous y aurez mis la main, si une plaie qui marchait bien suppure après que vous l'aurez pansée, ne vous faites pas d'illusion, ce n'est pas la faute de l'opéré, du temps qu'il fait ni du lieu ou vous êtes, c'est votre faute, et n'accusez que vous-même. Rappelez-vous donc sans cesse que tout n'est pas fini quand l'opération est faite et le chirurgien parti; c'est alors, au contraire, que les difficultés commencent, puisque la

©BIU Santé

moindre infraction aux règles de l'antisepsie, un pansement qui se dérange tant soit peu, s'entr'ouvre et laisse filtrer l'air, deviennent d'une minute à l'autre une cause de mort, ou tout au moins de suppuration, d'accidents variés et de retards.

Je voudrais vous avoir pénétrées de l'importance et de la difficulté de votre rôle dans les opérations chirurgicales et dans les soins qu'elles entraînent. Si j'ai su me faire bien comprendre, je puis maintenant résumer dans une formule, qui tout à l'heure vous eût paru inintelligible, la différence profonde qui sépare les méthodes anciennes de la chirurgie à laquelle vous êtes appelées à prendre part : autrefois, on se lavait les mains *après*, parce que la plaie les avait salies ; aujourd'hui, on se lave les mains *avant*, pour ne pas salir la plaie. Formule simple ; mais quelle vigilance et quel dévouement ne faut-il pas vous demander pour l'appliquer dans tous ses détails !

BIBLIOTHÈQUE

La contagion du meurtre, par le docteur P. Aubry. — Paris, F. Alcan, 1888.

Sous ce titre vient de paraître une étude répondant bien aux préoccupations du jour.

Le travail de M. Aubry est divisé en trois parties : dans la première, il étudie la contagion dans ses modes généraux, et en trouve les grands facteurs dans la famille, la prison, le spectacle des exécutions, la lecture. La seconde partie est consacrée à l'examen de cette contagion dans quelques-uns de ces modes spéciaux : le vitriol, le revolver, les empoisonnements, le dépeçage criminel. Enfin, la troisième traite des épidémies et des endémies.

De cette étude appuyée sur de nombreuses observations l'auteur tire la conclusion que l'idée du meurtre est essentiellement contagieuse, et que, pour se manifester, l'hérédité ou la dégénérescence et l'éducation, lui sont nécessaires.

Enfin, il indique les moyens capables, suivant lui, d'enrayer la contagion : saine hygiène morale et individuelle, moralisation des mœurs, règlementation des comptes rendus de presse, sévérité plus logique des tribunaux. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ALLEMANDS.

Extraction d'une aiguille tombée dans une bronche de deuxième ordre. (*Internat. klin. Rundsch.*, 1887, p. 200.) — Les signes stéthoscopiques consistaient, le 23 juillet 1887, en une diminution de l'inspiration et de l'expiration, avec souffle accusé principalement entre la colonne vertébrale et l'omoplate droite. Le lendemain, la sensation de piqûre était descendue au niveau du quatrième cartilage costal droit, et le siège du souffle s'était abaissé également en arrière, en même temps que la submatité et l'affaiblissement du murmure vésiculaire. Après avoir chloroformé et trachéotomisé le patient, âgé de 14 ans, le docteur Piéniazek réussit à enfoncer au delà de l'extrémité inférieure de la bronche droite une pince à polype, introduite par la plaie trachéale et à en retirer, au bout de plusieurs tentatives infructueuses, l'aiguille qui y était implantée et qui était tombée dans les voies respiratoires le 19 juillet. Il se produisit, le soir de l'opération, une toux violente et une expectoration purulente et sanglante, qui s'atténuèrent très rapidement et permirent au malade de quitter son lit le 30 juillet sans éprouver le moindre accès de fièvre.

Dans un résumé bibliographique, l'auteur insiste sur la direction des premières divisions bronchiques qui déterminent généralement la chute de corps étrangers de la

trachée dans la bronche droite, puis dans sa division inférieure, sans s'engager dans ses divisions supérieure et moyenne. Il engage à ne pas négliger préalablement l'examen direct de la trachée, une fois le conduit ouvert, avant d'y introduire en bas, puis vers l'arrière, une pince convenablement incurvée; et il conseille enfin de pencher le sujet à droite dans le cas où le corps étranger serait tombé dans la bronche gauche, puis dans sa division inférieure, le malade ayant dû, en ce cas, présenter une inclinaison à droite au moment même de l'accident.

Diagnostic bactériologique. (*Wien. med. Jahrb.*, VIII, 1887, p. 523. — Le docteur dal Pozzo, en cultivant les divers microbes sur un milieu nutritif spécial (obtenu en diluant dans l'eau distillée la couche externe de l'albumen des œufs de vanneau ou en mélangeant à la glycérine et à l'eau la couche plus épaisse adjacente au vitellus) a constaté que chaque espèce de micro-organisme ensemencée pouvait être ainsi caractérisée par l'aspect particulier de sa culture. Des expériences préalables avaient établi que l'albumine, fraîche et claire de ces œufs non couvés, était dépourvue de micro-organismes.

Le docteur Schenk avait déjà signalé l'utilisation de ce terrain de culture à la Société de médecine de Vienne, le 2 avril 1887. — Dr G. SCHLEMMER.

THÉRAPEUTIQUE

Traitement rationnel de la phtisie par l'antisepsie pulmonaire.

Pendant de longs siècles le traitement de la phtisie n'a guère varié, se traînant toujours dans les sentiers du passé. C'étaient toujours l'estomac et l'intestin qui étaient chargés d'absorber l'arsenic, le phosphore, les balsamiques, les phosphates, les sulfureux et les jus de viande, tour à tour préconisés contre la tuberculose du poumon. On espérait qu'absorbés par l'infortuné Gaster, leurs principes actifs se répandraient de là dans le torrent circulatoire, d'où ils s'éliminaient à la surface des alvéoles pulmonaires. Trompeux espoir, car ce sont des millionnièmes seuls de ces prétendus antiphtisiques qui s'exhalent à la surface pulmonaire s'il en fut jamais! L'introduction dans la thérapeutique de la médication sous-cutanée devait forcément reléguer au second rang, si ce n'est faire abandonner, cette médication indigeste, longue et fatigante pour les infortunés malades!! L'injection sous-cutanée, ainsi que le dit le docteur Bourneville dans son Manuel, outre la rapidité de l'absorption, offre encore cet avantage capital, que le médicament est absorbé en totalité sans modifications, toutes conditions qui placent la méthode hypodermique bien au-dessus des autres modes d'administration thérapeutique.

Une substance antiphtisique comme l'Eucalyptine Le Brun, reprise par le sang, circulant avec lui, arrivant ainsi rapidement au poumon et s'exhalant à la surface des vésicules pulmonaires, après avoir pénétré peu à peu dans tout l'organe, s'y être infiltré et l'avoir imprégné dans son entier, voilà le meilleur modificateur de la tuberculose pulmonaire, et ici la théorie est d'accord avec l'expérience, la physiologie avec la thérapeutique pour dire que c'est là, en réalité, une médication très active, très directe, désinfectante, cicatrisante et curative (*quand il n'est pas trop tard*) de la phtisie pulmonaire.

Avec elle, point de mécomptes ni de méfaits, comme ceux que les médecins ont, avec raison, reprochés à des injections d'un **eucalyptol non rectifié, non dépouillé de ses principes irritants.** Aussi j'insiste sur ce point d'une manière toute spéciale. « L'*Eucalyptine Le Brun n'agit pas seulement comme un baume antibacillaire et cicatrisant les ulcérations pulmonaires; mais encore comme un modérateur de la circulation et de la thermalité exagérées des phtisiques.* »

En général, après huit ou quinze jours d'injections sous-cutanées, les malades voient les vomissements s'arrêter, leur toux se calmer, leur fièvre diminuer, leurs sueurs disparaître et leur appétit renaître.

Quant au bacille, après un traitement de deux ou trois mois dans les phtisies au pre-

©BIU Santé

mier degré et de quatre à six mois pour les malades au second degré, cet agent provocateur disparaît; le sujet engraisse, les parois des cavernes se cicatrisent, les crachats deviennent de moins en moins abondants et finissent par se tarir. Tels sont les résultats bienfaisants que procurent les injections sous-cutanées d'Eucalyptine Le Brun.

Ces injections doivent être pratiquées tous les jours; mais, quand le malade sent encore le lendemain dans la bouche le goût de l'Eucalyptine, il est inutile de faire les injections tous les jours, une tous les deux jours suffira. Insister davantage serait une faute, le malade sursaturé fébriciterait davantage et cesserait de manger, ce qu'il faut éviter sur toutes choses.

Sans doute, l'Eucalyptine Lebrun ne guérit pas les malades *in extremis*, et ceux qui l'ont employée comme un remède infaillible dans toutes les phtisies ont eu des déceptions, mais ce que nous soutenons, c'est que sa puissance est bien supérieure à celle de tous les antiphtisiques connus, qu'elle est essentiellement calmante, jamais nuisible et souvent, très souvent curative. — Telle est la vérité. — Si, comme d'autres remèdes qui rendent des services bien moins signalés qu'elle, l'Eucalyptine LE BRUN avait eu la bonne fortune de trouver une voix puissante et autorisée, la faisant connaître du haut de la tribune, elle serait aujourd'hui dans les mains de tous les praticiens; espérons cependant que ses seuls mérites lui feront bientôt acquérir le premier rang dans la médication de ce fléau menaçant entre tous, la phtisie pulmonaire.

Dr LEFAIVRE.

Extrait des attestations médicales reçues en 1888.

St-Cyr-en-Talmondais (Vendée), 29 janvier 1888.

Monsieur Le Brun,

Je suis certain aujourd'hui de l'efficacité de votre Eucalyptine, je sais positivement qu'elle est curative au 1er et au 2e degré de la phtisie. Une demoiselle F..., de Saint-Benoit-sur-Mer en Vendée est complètement guérie. Le fils Th..., de la même localité, va de mieux en mieux et est pour ainsi dire ressuscité. M. M..., de St-Cyr, va très bien. Une dame R..., de la Roche-sur-Yon, à qui j'ai donné des soins, se trouve beaucoup mieux et ne tousse plus. Une dame S..., de Rochefort, se trouve mieux après une situation désespérée.

En résumé, subjectivement, la toux diminue et disparaît avec ce médicament, l'appétit revient avec l'espoir, l'embonpoint reparaît, les yeux s'animent et la guérison s'ensuit. Objectivement, les râles de congestion disparaissent tout d'abord dans la simple respiration et ne sont appréciables que dans une moindre étendue. Les râles de craquement finissent par cesser, il ne reste à leur place qu'un léger bruit de frottement de papier de soie, les hémoptysies ne reparaissent plus et la source des crachats se tarit. Tels sont les résultats de mon expérimentation. Dr FRAPPIER.

Voulx (Seine-et-Marne), 14 février 1888.

Monsieur,

Je vous serais bien obligé de m'adresser par retour du courrier 2 flacons d'Eucalyptine Le Brun. Je suis satisfait des résultats obtenus avec ce médicament. Dr QUEUDOT.

Châteaubourg (Ile-et-Villaine), 29 février 1888.

Monsieur,

J'ai l'honneur de vous prier de vouloir bien m'adresser par retour du courrier un flacon d'Eucalyptine. Je profite de cette occasion pour vous faire observer que, sur le sujet soumis à mes observations depuis *onze mois*, j'ai obtenu des résultats merveilleux et complètement inespérés. Dr GOULLAY.

Pont-Leroy (Loir-et-Cher), 25 mars 1888.

Monsieur,

L'Eucalyptine Le Brun continue ses bons effets, veuillez m'en envoyer deux nouveaux flacons. D.-V. HOUSSAY.

Sociétés savantes des départements

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE LA ROCHELLE (DEUXIÈME SEMESTRE 1887).

Le défaut d'espace nous force à ne signaler que les principales des communications faites à la Société.

M. Ramadier, au nom de MM. Mabille et Michau et au sien, a lu un mémoire sur le *traitement de l'épilepsie par l'acétanilide*. On l'a expérimentée à l'asile d'aliénés de Lafont sur 22 épileptiques ; la dose journalière a été de 0 gr. 50 au début, puis portée jusqu'à 3 grammes. Chez tous les malades, on a observé de la cyanose généralisée une heure après l'administration du remède. Chez deux malades seulement les crises très fréquentes ont été calmées par la suite. Les auteurs admettent que l'acétanilide est inefficace dans l'épilepsie.

M. Parrey communique un cas de *syncopes* à la suite de l'ingestion du sulfate de quinine. La dose était de 0,40 centigr.

M. Roux et M. Mabille rapportent un cas d'*hystérie avec hoquet* survenant par crises. Ces dernières ont toujours été arrêtées par la compression de l'ovaire droit. La suggestion n'a rien produit.

Nous relevons une intéressante observation de *méningite tuberculeuse* recueillie par M. Tronchet. Le point principal consiste en ce que les symptômes locaux ont procédé successivement, c'est-à-dire que primitivement le côté gauche seulement et en particulier l'appareil oculaire de ce côté a été atteint, et ce n'est que quelques jours plus tard que l'on a pu constater les mêmes signes de l'autre côté. Il est encore à remarquer que tous les nerfs de l'œil n'ont pas participé en même temps à l'envahissement pathologique ; au début, en effet, il y eut seulement du ptosis et du strabisme externe de l'œil gauche, des deux ensuite ; par conséquent le moteur oculaire commun fut seul atteint, et c'est seulement pendant les deux derniers jours que le moteur oculaire externe ne fut pas respecté dans son intégrité.

M. Mabille a encore présenté des pièces anatomiques provenant d'un *hématome de l'oreille* ; il fait remarquer que suivant les auteurs classiques cette tumeur sanguine siège entre le périchondre et le cartilage de l'organe ; mais, pour lui, il n'en est pas du tout ainsi, car cet épanchement se trouve ou s'est trouvé toutes les fois qu'il en a examinés, localisé dans le tissu cellulaire immédiatement sous-jacent au périchondre. Il n'y a pour M. Mabille que trois causes et il en est une qui prime toutes les autres ; l'altération des tuniques vasculaires ; d'où l'hémorrhagie, la formation d'un thrombus et de l'épanchement intra-cellulaire. Quand cet épanchement se résorbe, c'est-à-dire dans le cas d'un hématome de quatre mois, on constate qu'il existe là un tissu fibro-cartilagineux de nouvelle formation ; soixante-dix fois sur cent cette hémorrhagie a lieu chez les paralytiques généraux ; cependant il peut citer trois observations chez des gens non aliénés. Il ne faut faire aucune incision, mais de la compression. Quand les tissus sont trop distendus, il est indiqué de placer un corps étranger dans le conduit auditif externe. M. Mabille cite encore un cas d'hématome de l'oreille chez un individu atteint de purpura ; chez un autre malade l'hématome siégeait à la paupière supérieure. Dans une très curieuse observation qu'il cite encore, notre confrère a remarqué qu'il existait un hématome secondaire produit dans le fibro-cartilage de nouvelle formation par la rupture des vaisseaux embryonnaires. L'hémorragie met souvent trois semaines ou un mois à s'arrêter.

M. Mabille a encore communiqué à la Société une observation de *mal perforant* chez un paralytique général qui présentait à son entrée à l'asile des aliénés du tremblement alcoolique.

Citons enfin une lecture de M. Furrey relative à un cas d'*ascite* ayant subi 65 ponctions, et une autre de M. Bonnaud sur la *déchirure centrale du périnée*. — P. C.

©BIU Santé

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LE PRURIT DE LA VULVE. — Goodel.

Acide phénique	4 grammes.
Sulfate de morphine	0 gr. 60 centigr.
Acide borique	8 grammes.
Vaseline	60 —

F. s. a. une pommade avec laquelle on fera des onctions plusieurs fois le jour, dans le but de calmer le prurit de la vulve. — Avant chaque onction nouvelle, on lavera la région avec une éponge imbibée d'eau très chaude. — N. G.

COURRIER

ECOLE DE MÉDECINE DE REIMS. — M. Doyen, chef des travaux anatomiques et physiologiques, est chargé, en outre, d'un cours de pathologie externe et médecine opératoire.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. Cazes et Rodet, médecins-majors de deuxième classe ; de M. Dauvais de Gérardcourt, médecin-major de première classe, en retraite, et de M. Schnitzler, élève du service de santé militaire.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 9 avril. — *Ordre du jour :* 1. M. Paul Chéron : Sur un cas d'atrophie musculaire de la cuisse. — 2. M. Desnos : Corps étranger de l'urèthre (tuyau de pipe); extraction. — 3. M. Tripet : Fibro myome sous-péritonéal pris pour une flexion utérine; rectification du diagnostic au bout d'un an. — 4. M. Schwartz : Cas de glossodynie guérie par la cautérisation au galvano-cautère. — 5. Discussion sur le travail de M. Gautrelet relatif à la sémeiologie urinaire.

HYGIÈNE DE L'HABITATION. — Depuis que les découvertes de la science ont montré le rôle prépondérant que jouent les infiniment petits dans la nature, tous les inventeurs se sont préoccupés des moyens de combattre leur funeste influence. L'hygiène est devenue l'objet d'étude par excellence; assainir les intérieurs, purifier l'air et les eaux qui nous environnent sont des problèmes que chacun, dans la mesure de ses forces, s'applique à résoudre. Nous signalons à nos lecteurs un produit déjà ancien, mais nouvellement amélioré, qui contribue de la manière la plus heureuse à la propreté et par conséquent à l'assainissement des intérieurs. Ce produit est une encaustique qui s'emploie sur les marbres, les meubles, les parquets, et, en même temps qu'il les rend propres et brillants à l'œil, les débarrasse de cette vermine invisible qui remplit leurs fentes et leurs pores. C'est un préservatif excellent contre la poussière, et la facilité de son emploi est telle qu'il n'y a plus d'excuse pour la malpropreté. Enduire légèrement les marbres, meubles ou parquets avec cette pâte, puis frotter avec un chiffon de laine, tout le travail est fait. C'est se débarraser facilement des miasmes et des animalcules, aussi désagréables que nuisibles. — Les *Encaustiques* des marques *Etoile* et *Aromatique chinoise*, J. Labadie et Cie, à Asnières (Seine), seuls fabricants, se trouvent dans toutes les bonnes maisons d'herboristerie, de couleurs, de quincaillerie et d'épicerie.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

SANTAL-CABANÈS. Garanti pur. Excellent *antiblennorrhagique.* — Pharmacie, 34, boulevard Haussmann, Paris. — Envoi d'échantillons sur demande.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Association générale des médecins de France. — II. De la transformation d'un service de varioleux en service chirurgical. — III. Bibliothèque : Précis de pétrographie. — Livre jubilaire de la Société de médecine d'Anvers. — IV. Revue des journaux : Anémie grave causée par la présence d'un bothriacéphalus latus (tænia lata). — Du calomel comme moyen d'empêcher les cicatrices de la variole au visage. — Amygdalite folliculaire et contagion. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Courrier.

Association générale des médecins de France.

Séance du 8 avril 1888.

L'Association générale des médecins de France a tenu, dimanche dernier, sa vingt-neuvième réunion annuelle. Pour la vingt-neuvième fois, nous devons répéter que tout va bien. Personne, — pas même celui qui le chante — ne se se plaindra de la monotonie de ce refrain. On regarde comme heureux les peuples qui n'ont pas d'histoire; il doit en être de même des institutions. Plus la prospérité en est continue et régulière, moins il y a d'incidents à signaler; et c'est quand les incidents se tranforment, comme il arrive d'ordinaire, en accidents que l'histoire commence.

Si l'évolution calme et presque silencieuse de ces organismes sociaux rend difficile la tâche de l'annaliste, en revanche, elle offre à tous un spectacle réconfortant et plein de consolations. Cette année surtout, à l'heure troublée où nous sommes, c'est avec un sentiment de douceur infinie qu'on pénètre dans ces tranquilles régions où ne se propagent pas les agitations furieuses qui menacent de bouleverser toutes choses, et qui font, par moment, désespérer du bon sens et de l'intelligence de l'humanité. Mais il ne faut pas risquer, — même par des allusions lointaines, — d'altérer un calme aussi enviable. Taisons-nous donc, et écoutons avec recueillement les différents orateurs qui vont se succéder.

A deux heures et demie, M. le président H. Roger ouvre la séance par une allocution tout aussi spirituelle, mais peut-être un peu plus émue que celles des années précédentes. L'année 1887 a été particulièrement cruelle pour l'Association. « Elle s'en va vêtue de noir », selon l'expression de Lammenais, a dit M. Roger. La mort de Gosselin, de cet éminent confrère dont M. le Président a su, avec autant de sobriété que d'élévation et de justesse, rappeler tous les mérites; la disparition soudaine de Martineau, qui avait été interne de M. Roger à l'hôpital des Enfants; la perte de Foville qui l'a fait appeler au moment suprême pour lui confier ses dernières libéralités, ne pouvaient, en effet, être évoquées sans une émotion bien légitime.

« Si quelque chose peut adoucir ces tristesses, a dit M. Roger, c'est la prospérité de l'œuvre à laquelle ces chers morts s'étaient dévoués », prospérité qui se marque tous les ans par un accroissement du nombre de ses membres et de sa fortune. La richesse de l'Association croîtra notablement cette année par la délivrance du legs de cent mille francs du docteur Roth. C'était un médecin hongrois qui vint à Paris en 1832 et fit courageu-

©BIU Santé

sement son devoir pendant l'épidémie de choléra. Il n'exerça pas longtemps; son goût prononcé pour les arts l'éloigna bientôt de la pratique de la médecine. « Dans sa jeunesse médicale, M. Roth, ajoute M. Roger, semble avoir été partisan de la doctrine des infiniment petits; ce qui est certain, c'est qu'au déclin de sa vie, le compatissant docteur a traité le mal de misère par l'or à doses massives ». N'est-ce pas charmant? Après avoir énuméré les dons faits à l'Association par les généreuses veuves des confrères décédés, M. le Président termine son allocution en faisant un chaleureux appel au sentiment de solidarité, de douce confraternité et d'amour mutuel. Les applaudissements unanimes de l'assistance lui prouvent avec quelle sympathie il a été écouté et entendu.

M. le docteur Brun, l'incomparable trésorier, a pris ensuite la parole et, dans un rapport dont la concision et la précision se refusent à toute analyse, a établi la situation financière de l'année 1887. Nous reproduisons simplement les totaux des différents comptes :

Le bilan des caisses de l'Association s'élève, en fin d'exercice, aux chiffres suivants :

Capitaux de la Caisse générale.....	Fr.	85.669 59
Caisse des pensions viagères.....		1.104.724 66
La Société centrale et les Sociétés locales.....		916.186 94
Total.....	Fr.	2.106.581 19

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 2,306,581 fr. 40.

D'autre part, voici la liste des secours donnés, sous différentes formes, par l'Association, dans le dernier exercice :

La Caisse des pensions viagères a servi 70 pensions de 600 francs, et une pension de 300 francs, soit.....	Fr.	42.300 »
La Société centrale et les Sociétés locales ont accordé à 58 sociétaires.....		15.202 »
Elles ont réparti entre 174 veuves, fils ou filles de sociétaires.		41.384 »
Elles ont donné à 45 personnes étrangères à l'Association...		1.629 »
Total.....	Fr.	100.585 »

M. L.-G. Richelot qui lui a succédé a eu, pour ses débuts, un tel succès, que nous croyons devoir reproduire tout entière sa courte allocution. La voici :

Messieurs,

Pour que tout soit bien régulier, je dois vous dire que je me suis transporté au domicile de M. Brun, trésorier, et que j'ai vu de mes yeux les pièces qui prouvent que l'argent de l'Association générale est placé en lieu sûr. Je vous déclare donc que, cette année comme les années précédentes, vous pouvez approuver les comptes de votre trésorier et le remercier de sa bonne gestion financière. Cette bonne gestion, d'ailleurs, a reçu tout récemment une consécration officielle. M. Brun a reçu du ministre de l'intérieur, qui a, comme vous le savez, la garde des Sociétés de secours mutuels, une médaille d'or pour son dévouement à l'Association depuis de longues années. Je dis *reçu* et non pas *obtenu*, car on n'obtient que ce qu'on demande, et M. Brun a été étonné,

tout le premier, de voir arriver spontanément cette médaille. Il y a, en effet, des mérites qui s'imposent tellement à l'opinion, que la récompense vient toute seule sans que personne ait besoin de la demander. Cette médaille vaut bien 50 francs en or ; mais elle a en outre une valeur bien plus grande, car elle représente tout ce que nous devons de reconnaissance et de respectueuse affection à l'homme qui s'est consacré tout entier, et avec un rare bonheur, aux intérêts de l'Association générale.

On a pu croire, un instant, que les applaudissements redoublés, qui s'adressaient également à M. Brun et à son panégyriste, ne finiraient pas.

M. le docteur A. Riant, membre du Conseil général, qui, l'année dernière, avait fait un rapport très remarqué à propos du projet de loi du gouvernement sur l'exercice de la médecine, a rempli cette année les fonctions de secrétaire général et tenu la place de M. Foville.

Dans un discours, qui a été très attentivement écouté, et bien des fois interrompu par les applaudissements, l'honorable docteur Riant a d'abord rappelé la mémoire de Foville et de Martineau, tous deux secrétaires de l'Association, et celle de Gosselin, président de la Société centrale. Les autres présidents des Société locales que l'Association a perdus sont MM. Lenoir-Dufresne (de l'Orne), Pierre Bertrand (du Puy-de-Dôme), Emile Vibert (de la Loire et de la Haute-Loire), Benoist (des Côtes-du-Nord).

Il a salué ensuite les nouveaux présidents, MM. les docteurs Mignot (Nièvre), Leroux (Seine-et-Oise), Cazeneuve (Nord), réélu pour la sixième fois. Puis il a passé en revue les actes des Sociétés locales, s'arrêtant sur tous les points d'intérêt général, et il a terminé en annonçant que le projet de loi sur l'exercice de la médecine serait, d'après les assurances formelles qui lui en ont été données, présenté au vote définitif du Parlement au mois de juin prochain.

La péroraison dans laquelle M. le docteur Riant a tracé à grands traits, avec une hauteur de vue et une chaleur de cœur incontestables, le rôle de l'Association a été couverte d'applaudissements.

M. le docteur Emile Vidal a clos la séance par la lecture du rapport sur les pensions viagères. Que sa modestie se rassure; il n'a rien à redouter du parallèle qu'on pourrait faire entre ses prédécesseurs et lui. Quel que soit le mérite de MM. Durand-Fardel, Bucquoy, Pénard, Horteloup, — et il est très grand, — celui de M. Vidal est au moins égal, et l'assistance, par ses applaudissements, a montré qu'elle appréciait à leur valeur la netteté de la pensée, l'ardeur de la charité, et la parfaite correction de la forme qui caractérisent le rapport de notre honorable confrère.

Nous aurons à revenir sur ce sujet des pensions à propos de la séance de lundi. Disons seulement que jusqu'à ce jour toutes les demandes faites en temps convenable ont été exaucées; que le nombre des pensionnés de 600 francs pour le présent exercice sera de 80, et que le zèle de tous ne doit pas se ralentir avant que la somme annuellement allouée aux confrères malheureux ait pu être portée à 1,200 francs.

Le soir, à sept heures et demie, la magnifique salle à manger de l'Hôtel Continental, — éclairée à la lumière Edison, ce qui a l'inestimable avantage de ne pas, comme le gaz, surchauffer et vicier l'atmosphère, — réunissait MM. les Présidents, les Délégués et des médecins de Paris en nombre un peu plus considérable que les années précédentes. Si nous nous trompons, que M. le docteur Delvaille nous pardonne!

Voici les toats qui ont été portés :

©BIU Santé

Par M. H. Roger aux Présidents et Délégués des Sociétés locales :

Chers confrères,

Merci aux Présidents et aux Délégués des Sociétés locales qui sont venus, plus nombreux que jamais, à notre fête familiale, parce qu'ils sont sûrs d'y trouver toujours des mains amies à serrer et beaucoup de bien à faire.

A ce banquet attristé ce n'est plus le toast joyeux des années heureuses que vous porte le Président-sociétaire général :

Hommage respectueux et attendri aux chers absents, cordial hommage aux amis présents ! Haut les verres, mais qu'au fond de nos verres restent des larmes; haut les cœurs, mais qu'au fond de nos cœurs reste le souvenir.

Je bois à la longue vie des sociétaires, je bois à l'immortalité de l'Association.

Par M. Labeda (de Toulouse) :

Messieurs et chers confrères,

Puisque vous voulez bien me le permettre, j'ai l'honneur de vous proposer un toast à notre cher Président Henri Roger et au Conseil général de l'Association.

Interprète, quelque peu improvisé, des Présidents et Délégués des Sociétés locales, je voudrais pouvoir trouver un langage digne à la fois de ceux au nom desquels je parle et de ceux à qui je m'adresse, pour attester une fois de plus les sentiments unanimes d'estime profonde, de respectueux attachement que les représentants de la province médicale professent pour les chefs librement élus de notre Fédération, ces chefs dont nous pouvons dire avec fierté qu'ils sont au même degré des guides scientifiques et des modèles d'honneur professionnel.

Ces sentiments, Messieurs, nous semblent plus forts aujourd'hui, si c'est possible, à la pensée de ceux qui ne sont plus et dont le souvenir nous rattache plus vivement à ceux qui nous restent.

Puisse donc notre vénéré Président Henri Roger tenir longtemps encore de sa main ferme autant que délicate et bonne la barre du vaisseau qui porte l'Association.

Secondé par cette phalange de collaborateurs éprouvés que nous applaudissions de si bon cœur tout à l'heure, notre aimable pilote nous rapprochera tous les jours un peu plus de cette terre promise où la grande famille ne comptera plus de dissident, où la loi qui nous protège fera quelquefois repasser son glaive, et où les pensions viagères seront toutes de 1,200 fr.

A notre cher Président Henri Roger et à ses vaillants auxiliaires du Conseil général — longue vie et bonne santé !

Le toast de M. le professeur Brouardel n'étant pas écrit, nous regrettons de l'altérer quelque peu en le reproduisant de mémoire.

Messieurs,

Vous avez applaudi énergiquement, à la séance d'aujourd'hui, les éloquentes paroles de M. Richelot, éloquentes parce qu'elles étaient vraies, lorsqu'il a rendu justice au dévouement de notre trésorier.

Et cependant, il faut bien l'avouer, nous avons un conseil judiciaire. Mais ce n'est pas parce que M. Brun est prodigue; et de plus, c'est un conseil judiciaire que nous sommes heureux de posséder.

C'est à lui que je veux boire, car il est pour nous un secours précieux et constant, à travers les difficultés de notre vie si complexe.

Parfois les avocats se moquent de nous et de notre langage technique ; mais ils n'osent le faire que quand ils se portent bien. Nous aussi nous nous moquons des avocats et de leurs grimoires, mais c'est quand nous n'avons pas d'affaires sur les bras. Nous sommes heureux de les trouver quand nous sommes aux prises avec les difficultés. Dans combien circonstances délicates n'ont-ils pas été pour nous des guides sûrs et dévoués !

Messieurs, je bois à la santé de notre conseil judiciaire, et je vous propose d'associer aux remerciements que nous lui adressons tous les membres des conseils judiciaires de nos Sociétés locales.

M. Vannesson répond en ces termes :

Messieurs,

Les années se suivent et ne se ressemblent pas ; vous en avez fait dans l'intervalle de quelques mois la triste et douloureuse expérience, puisqu'un double crêpe vient, aujourd'hui, voiler l'éclat ordinaire de vos réunions annuelles.

Sans sortir de mon rôle, permettez-moi, après avoir remercié tant au nom de mes confrères qu'au mien, M. le Doyen, des paroles si aimables qu'il a bien voulu adresser aux membres de votre Conseil judiciaire, permettez-moi de m'associer à votre très légitime chagrin.

C'est, en effet, avec M. le docteur Foville que j'ai eu l'honneur de faire mes premiers pas au milieu de vous. Constamment en rapport avec lui au sujet des questions litigieuses, j'avais pu apprécier la netteté de son... diagnostic, même en matière judiciaire, en même temps que je sentais tout le charme qu'il y avait pour moi à m'entretenir avec cet esprit d'élite de questions délicates, parfois épineuses, sur la solution desquelles nous arrivions sans peine à tomber toujours d'accord. C'est pourquoi, Messieurs, j'accomplis en cet instant une mission qui m'est particulièrement chère, en adressant à sa mémoire l'hommage de mon personnel souvenir.

Les circonstances allaient me mettre en rapport plus direct avec M. Martineau, quand lui aussi a été enlevé à vos sympathies.

Malgré cela, Messieurs, je n'oublie pas que, si malheureusement les hommes passent, les institutions restent; alors surtout qu'elles ont, comme la vôtre, un dévouement à toute épreuve pour base, et, pour but, le soulagement de l'infortune dans les conditions que vous savez. Vous vous êtes souvenus de la maxime de l'Ecclésiaste : « *Væ soli!* Malheur à ceux qui sont seuls! » C'est pourquoi vous adhérez chaque jour plus nombreux à l'Association générale que tout le monde connaît et apprécie aujourd'hui, si bien qu'il ne se passe pas d'année où de généreux donateurs ne viennent augmenter la caisse de votre Société.

Je sais bien que ces dons sont parfois la cause de certaines difficultés, mais, faut-il le dire, les membres de votre Conseil judiciaire, en parfaits égoïstes, en sont presque heureux, parce que c'est pour eux l'occasion de vous être un peu utiles et de pouvoir écouter avec quelque conviction les remerciements chaleureux que vous voulez bien leur adresser chaque année.

En ceci encore, Messieurs, les donateurs ont droit, de notre part, à une certaine reconnaissance.

Aussi je vous propose d'unir votre toast au mien et de boire aux bienfaiteurs de l'Association.

M. Delvaille (de Bayonne) demande la parole et s'exprime comme il suit :

Messieurs,

Je vous demande la permission de faire entendre encore une fois, après les orateurs officiels et qui pour cela n'en sont pas moins sympathiques à tous, la voix d'une individualité sans mandat, d'un isolé, d'un indépendant.

Ce n'est pas d'ailleurs un toast que je prétends porter, c'est un mot de remerciement que je veux dire.

Je suis sûr de n'être démenti par aucun Délégué de Société locale si je remercie nos confrères de Paris ici présents de la persévérance aimable, mais, hélas! de plus en plus rare, avec laquelle ils assistent chaque année à ce Banquet.

Certains d'entre nous viennent dans ce cher Paris chercher leurs souvenirs d'autrefois, et demander aux maîtres éminents, dont beaucoup sont leurs amis, les enseignements de la science; mais tous aimons à retrouver les camarades des précédentes années nous entretenir avec eux, serrer leurs mains fraternelles; aussi devons-nous être reconnaissants à ceux qui nous ont donné, par leur présence, la preuve de leur sympathie.

©BIU Santé

De la transformation d'un service de varioleux en service chirurgical.

Séances du 22 février et du 28 mars de la Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.

Le docteur J. Championnière a fait une très intéressante communication à la Société de médecine publique dans la séance du 22 février. Sa thèse est la suivante : il est faux de penser qu'on fait de meilleure chirurgie ou de meilleure obstétrique dans des bâtiments neufs et bien aménagés que dans de vieux bâtiments. L'important est de savoir pratiquer la désinfection et l'antisepsie. A l'appui de cette thèse, le docteur Championnière nous apporte des faits qui prouvent que l'Assistance publique aurait tort de s'engager dans de somptueuses dépenses de constructions pour améliorer les conditions de nos malades des hôpitaux. Il y a mieux à faire pour atteindre ce but, et l'argent que coûtent les belles pierres de taille peut être économisé.

A son arrivée à Saint-Louis, le docteur Championnière *entreprit de s'installer dans les baraques de varioleux proposées aux chirurgiens par l'Administration.* Ses collègues avaient protesté, quelques-uns avec énergie. Une pareille idée est presque criminelle, disait-on.

Les baraques de l'hôpital Saint-Louis ont été pendant sept années constamment occupées et encombrées par des varioleux, sans parler de quelques lits destinés aux érysipèles et aux scarlatines. M. Championnière accepta de grand cœur la proposition mal sonnante de l'Assistance; elle lui permettait de quitter les premières baraques qu'on lui avait confiées, et qu'il jugeait mauvaises. Les baraques de la variole lui semblaient beaucoup mieux disposées. Il pense, d'une part, que nous possédons des moyens de désinfection tout à fait efficaces; d'autre part, que le milieu est profondément indifférent à qui sait faire la vraie chirurgie moderne.

Nous passons sur les détails de la désinfection qui fut pratiquée. Notons seulement qu'on a dépensé 141 fr. 80 pour la purification, et que la peinture a été refaite pour 1,900 francs.

Les varioleux avaient quitté le service le 20 juin 1887; le docteur Championnière en prit possession le 24 septembre. Voilà donc cinq mois qu'il fonctionne. Il n'y a pas eu soupçon de variole, et, suivant l'expression du professeur Lister, les plaies opératoires se conduisent bien. Les opérations ont été faites dans la salle ordinaire, en présence de qui voulait y assister. Les malades sont soignés les six premiers jours dans la salle où l'on mettait les varioles graves, les moribonds et les infectés dangereux pour les voisins. Non seulement la chirurgie a été heureuse, mais elle s'est faite sans suppuration. Aurait-on fait cela, sans antisepsie ou avec de la pseudo-antisepsie et la plus grande habileté opératoire, dans de belles constructions bien aérées? Non, évidemment.

On n'a pas, dit le docteur Championnière, tiré des doctrines pastoriennes tout ce qu'elles pouvaient donner en matière d'hygiène. En chirurgie, en obstétrique, la question du local est secondaire; il y a une question d'antisepsie vraie qui domine tout. En médecine, on n'en tient aucun compte; et cependant, là aussi, ce n'est pas dans des constructions bizarres, dans des règlements extraordinaires, dans des isolements problématiques que l'on doit chercher le remède et la prophylaxie des maladies infectieuses.

L'argent épuisé par les constructions empêche de perfectionner le personnel. Le docteur Championnière avait emmené avec lui de l'hôpital Tenon des internes et des externes bien entraînés et absolument dévoués. Les éléments des pansements étaient tous préparés par le pharmacien du service. Enfin il avait eu la bonne fortune de rencontrer, pour l'organisation du service, une femme exceptionnelle, active, intelligente, aveuglément soumise au chef de service. Le docteur Championnière croit devoir lui rendre cet hommage public, car cette femme est religieuse et lui est partisan convaincu de la laïcisation.

Si l'on apportait en médecine le soin méticuleux des chirurgiens et des accoucheurs partisans de l'antisepsie et sachant la pratiquer, si en un mot la prophylaxie chimique était poursuivie avant tout autre chose, on obtiendrait des résultats imprévus.

Telle est la substance du rapport du chirurgien de Saint-Louis. Dans la discussion qui suivit, le docteur Grancher reconnut que la théorie de M. Championnière sur l'antisepsie chirurgicale est conforme à la doctrine pastorienne. L'antisepsie directe pourrait aussi, dit-il, rendre de grands services en médecine. Nous sommes censés avoir isolé certaines maladies, et depuis ce prétendu isolement, les cas intérieurs sont tout aussi nombreux et la mortalité s'est sensiblement aggravée. Les formules actuelles sont donc des formules d'attente, des formules passagères, et si l'on fait quelque chose, il faut faire économiquement pour ne pas avoir à regretter des dépenses devenues inutiles par la marche du progrès.

On ne s'est pas assez préoccupé du personnel. Il est absolument insuffisant, comme nombre et comme qualité. Il est ignorant et inintelligent. Quand on ne peut obtenir d'une infirmière qu'elle ne donne pas à manger à une fièvre typhoïde, comment lui faire comprendre la valeur des soins de propreté et la nécessité de la désinfection? Lorsqu'un enfant meurt, on porte la literie à l'étuve; s'il ne meurt pas, la literie sert au suivant. Comment s'étonner, dès lors, de la multiplicité des cas intérieurs, surtout si l'on songe que le lavage des lits, tel qu'on le pratique, est absolument insuffisant, et que les étuves anciennes des hôpitaux sont plutôt des étuves de dessiccation que de désinfection. On ne saurait trop appeler l'attention de M. le directeur général de l'Assistance publique sur le personnel. Ayons-le plus nombreux et plus instruit, et nous aurons fait un grand pas vers la disparition des cas intérieurs.

Le directeur général, interpellé, déclare à M. Grancher qu'il prêche un converti; mais il faut tenir compte des difficultés. Il accorde que les étuves à air chaud des hôpitaux ne valent rien, et cependant, il y a quelques années, le corps médical a déclaré qu'elles étaient excellentes; on en a établi dix-huit, et, maintenant, tout est à refaire. Le personnel d'infirmiers et infirmières est insuffisant; mais comment lui reprocher son manque de foi dans l'antisepsie, alors que nombre de médecins lui donnent l'exemple?

Le docteur Ollivier constate qu'à l'hôpital des Enfants l'isolement de la rougeole a produit une aggravation dans la mortalité. Cependant, il admet que l'isolement est nécessaire; mais il faut que cet isolement soit bien fait et qu'il n'y ait pas de communications incessantes entre les divers services. Le docteur Richard, de son côté, ne partage pas l'avis du chirurgien de Saint-Louis, quand il prétend qu'en médecine on pourrait obtenir d'aussi bons résultats qu'en chirurgie dans des locaux aussi peu luxueux et peu confortables. Les chirurgiens peuvent éviter l'infection en recouvrant les plaies d'une cuirasse antiseptique. Nous ne pouvons, nous médecins, éviter l'infection par le nez ou la bouche.

La discussion a repris dans la séance du 28 mars. M. Emile Trélat ne peut admettre que le milieu importe peu. Comment l'air et la lumière indispensables à la vie pourraient-ils être diminués sans inconvénients? Les statistiques ne nous apprennent-elles pas qu'ils sont une condition de force, de résistance, de longévité. Le milieu a donc une grande importance, surtout pour des malades. La propreté n'est pas tout; l'encombrement n'est pas un vain mot. Enfin, tous les chirurgiens ne sont pas aussi méticuleux, aussi soigneux que M. Championnière, et n'est-ce pas faciliter la besogne des défaillants, dans l'intérêt même du malade, que de leur fournir ces bocaux étincelants, ces tables de verre que M. Championnière juge inutiles, et de mettre leurs opérés dans les meilleures conditions possibles d'aération?

M. Championnière répond : Faire de l'antisepsie, ce n'est pas seulement faire de la propreté. Quand il a vu Lister pour la première fois, le chirurgien anglais opérait et plongeait dans un baquet plein d'eau phéniquée une éponge dégouttante de sang. L'eau du baquet prenait la teinte sale que le mélange du sang détermine, et Lister disait : « Ceci n'est pas de la propreté esthétique, c'est de la propreté aseptique. » Donnez à un chirurgien qui n'a pas la foi dans l'antisepsie le plus bel hôpital du monde; au début, les accidents seront rares, mais ils ne se feront pas attendre longtemps. Donnez à un chirurgien qui a la foi des baraques infectées, il fera ce que lui a fait à Saint-Louis. Cela ne veut pas dire qu'il ne préfère pas avoir un bel hôpital, des murs bien lisses et faciles à nettoyer; mais cela prouve que la propreté antiseptique prime tout,

©BIU Santé

Il ne croit pas que l'encombrement soit bien nuisible. Quand Lister a commencé l'application de sa méthode, trois ans environ après le début des travaux de Pasteur, il avait un mauvais hôpital, un service surchargé et encombré. Cependant l'érysipèle, l'infection purulente disparaissaient de ce service à mesure que Lister perfectionnait l'antisepsie, et subsistaient dans les salles voisines dont les chefs n'avaient pas adopté la méthode listérienne. Plus tard Lister, changeant de résidence, eut un hôpital encore plus imparfait comme installation et plus encombré. Il y fit pourtant de bonne chirurgie, grâce à sa méthode. Que les architectes s'appliquent surtout à nous donner des locaux dont le nettoyage soit facile et qu'on ne dépense pas trop d'argent en ventilation et en machines inutiles. Les fenêtres sont le meilleur mode d'aération.

On ne saurait accepter ce que dit M. Trélat, qu'il faut faciliter la besogne aux chirurgiens qui auraient des défaillances en antisepsie en les entourant de tous les accessoires de propreté apparente. Là est le danger. Si un chirurgien ne pratique pas une antisepsie rigoureuse, il a des accidents. Le chirurgien est responsable; sa négligence n'est pas excusable, et ce n'est ni le cubage d'air, ni les bocaux étincelants, ni les tables de verre qui amélioreront sa chirurgie.

Quant à l'isolement, son procès est jugé; il est inutile. Pouvait-on rien imaginer de plus ingénieusement disposé que le pavillon de M. Tarnier, à la Maternité? Eh bien! malgré une sélection soigneuse des femmes, on avait encore de la mortalité. Il y a lieu d'espérer qu'en suivant l'exemple des chirurgiens et des accoucheurs qui pratiquent l'antisepsie, les médecins arriveront à des résultats dont on ne peut même pas se faire idée actuellement.

Le professeur Grancher, se ralliant de nouveau à la manière de voir du docteur Championnière, complète les renseignements qui avaient été donnés dans la séance précédente sur l'insuffisance de l'installation à l'hôpital des Enfants. Entre autres choses, notons que le même personnel va et vient du service d'isolement au service général, et que le fourneau des cuisines annexées aux salles ne peut chauffer l'eau jusqu'à ébullition. Les fourchettes, couteaux, tasses des diphthéritiques sont lavés pêle-mêle avec les ustensiles des enfants atteints d'affections bénignes, dans de l'eau tiède. Le professeur Grancher a constaté qu'à l'hôpital des Enfants, la diphthérie débutait souvent par la commissure des lèvres. Il faut qu'un tel état de choses cesse. L'antisepsie doit être pratiquée, et il appartient aux médecins de donner l'exemple. — H. S.

BIBLIOTHÈQUE

Précis de pétrographie, par A. de Lasaulx. Introduction à l'étude des roches, traduit de l'allemand par H. Forir. — Paris, J. Rothschild, 1887.

Ce livre, comme le dit le professeur Dewalque (de Liège) a été écrit pour l'enseignement universitaire, et il se distingue par sa clarté et une concision qui n'exclut pas la richesse des renseignements; de plus, il se termine par une bibliographie très détaillée.

Cette publication est surtout remarquable au point de vue de la reconnaissance des roches elles-mêmes, et les méthodes de recherches pétrographiques y sont indiquées aussi complètement que possible.

Ceux de nos confrères qui occupent leurs loisirs à des études géologiques trouveront, dans le livre de de Lasaulx, un guide des plus précieux. — P. C.

Livre jubilaire de la Société de médecine d'Anvers a l'occasion du cinquantième anniversaire de sa fondation. — Anvers, 1887.

La Société de médecine d'Anvers, lit-on dans l'Introduction, a fait gagner la profession médicale en prestige et en considération.

La lecture des mémoires contenus dans le livre jubilaire justifie ces fières paroles. M. Dupont, se basant sur des observations nouvelles, a étudié la méningite cérébro-spinale; M. A. Kums, dans une étude sur quelques médicaments en défaveur, nous rappelle les services que peuvent rendre les émissions sanguines, les vomitifs, les révulsifs,

trop négligés aujourd'hui. Viennent ensuite un travail de M. Bedoin sur les propriétés antiseptiques du borax et de l'acide borique; des mémoires de Mager, sur le traitement moderne du diabète; de Hamon du Fresnay, sur les présentations de la face; de de Mets, sur le goître exophthalmique; de Phélippeaux, sur la bronchotomie, et bien d'autres notices intéressantes sur lesquelles nous ne pouvons malheureusement nous étendre.

Une Société a le droit de se féliciter lorsqu'elle peut publier un pareil recueil. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Anémie grave causée par la présence d'un bothriacéphalus latus (tænia lata). — Le docteur russe Chapirow a cité le cas d'un jeune garçon qui souffrait d'une anémie grave avec symptômes fébriles, extravasations sanguines à la surface des muqueuses et sous-cutanées, etc., sans qu'aucune affection viscérale pût rendre compte de ces phénomènes morbides. Les globules rouges du sang étaient six fois moins nombreux qu'à l'état normal. L'examen des garde-robes du malade permit d'y constater une grande quantité d'œufs. A la suite de l'application suivie de succès d'un traitement vermifuge, l'état du malade s'améliora rapidement, et en très peu de temps l'anémie et ses complications disparurent (*Med. press and Circ.*, 25 janvier 1888). Le bothriacéphalus latus s'observe principalement en Pologne, en Russie et en Suisse, mais on l'observe aussi dans quelques contrées de la France. Il peut être utile, dans certains cas, de ne pas négliger entièrement la notion des vers intestinaux comme cause possible d'anémie.

R.

Du calomel comme moyen d'empêcher les cicatrices de la variole au visage. — Le docteur Drzewiecki, médecin de l'hôpital du Saint-Esprit à Varsovie, après avoir essayé sans succès tous les moyens préconisés contre la formation des cicatrices désagréables de la variole, s'est arrêté à l'emploi du calomel, dont il a constaté les bons résultats dans un grand nombre de cas pendant une épidémie récente de variole à Varsovie.

Le calomel répandu sous forme de poudre sur le visage, n'empêche pas, il est vrai, le développement des papules et des vésicules; mais lorsque les vésicules ou les pustules sont formées, il en amène presque immédiatement le dessèchement, et de cette manière il s'oppose à la production des cicatrices. Comment agit le calomel, dit l'auteur, est-ce comme calomel, comme sublimé, comme mercure métallique? car le calomel se décompose en ces deux derniers corps sous l'influence de la lumière; et dès lors, doit-on admettre une action microbicide? Notre confrère a employé le calomel tantôt seul, tantôt mélangé avec l'amidon dans la proportion de 20 ou 30 p. 100; mais il ne dit pas quel est celui des deux procédés qui réussit le mieux. (*The med. Rec.*, 21 janvier 1888). — R.

Amygdalite folliculaire et contagion, par P. Tissier. (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 1888, 2.) — L'auteur a observé, dans une salle d'hôpital, six cas d'amygdalite folliculaire plus ou moins intense, à la suite d'un cas venu du dehors.

Il n'y a pas lieu de penser à une influence atmosphérique, car les malades du service voisin n'ont rien eu. De plus, dans la salle d'hommes, il y avait à cette époque un cas d'amygdalite assez intense qui est resté unique, parce que le malade occupait une chambre spéciale ne renfermant que deux lits. La simple lecture des observations montre que l'on ne peut incriminer la constitution des sujets. Toutes les personnes atteintes étaient en bonne santé et se promenaient; enfin, le foyer est resté localisé dans la salle, et des personnes occupant des chambres isolées, aucune n'a été prise. Les plus sérieusement atteints ont été l'élève du service qui a examiné la gorge des malades et l'infirmière qui les soignait.

M. Tissier rappelle quelques-uns des faits analogues connus avant lui. Tels sont ceux de La Ciotat, de Gordon, rapportés par Mayeue, et le travail de Mantle (de Durham).

P. C.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 avril. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Nécrologie. — Rapport sur une observation de mort rapide à la suite d'une plaie du larynx. — Opportunité de la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. — Présentation de malade : Résultats de l'amputation de Chopart. — Présentation de pièce pathologique : Ostéo-sarcome des membres.

M. le Président a le regret d'annoncer à la Société de chirurgie la mort de M. le docteur Vibert, membre correspondant.

— M. Chauvel, secrétaire général, lit un rapport sur une observation de M. le docteur Du Cazal, médecin principal de l'armée. Il s'agit d'un maréchal des logis d'artillerie, âgé de 25 ans, qui, en pleine santé, fut pris subitement, la nuit, d'une vive douleur à la gorge, avec accès de suffocation. Ni l'examen du pharynx, ni l'auscultation ne révèlent de lésions. La laryngoscopie n'est point pratiquée. Le malade meurt subitement, dans un accès de suffocation, la soir même de son entrée à l'hôpital. A l'autopsie, on constate, du côté droit du larynx, sous la corde vocale inférieure, une petite plaie creusée sous la face profonde du ruban vocal et paraissant de date récente. Autour d'elle, la muqueuse est œdématiée de manière à obstruer presque complètement la glotte.

L'auteur suppose que le malade, pendant de copieuses libations faites la veille, se sera introduit dans le larynx un fragment de verre. Mais aucun renseignement ne vient confirmer cette hypothèse que M. le rapporteur considère comme inacceptable. Quoi qu'il en soit, la mort subite a été le résultat de l'œdème glottique et sus-glottique entourant la plaie. Il est à regretter que la laryngoscopie n'ait pas été pratiquée. L'examen direct eût montré le siège exact de la lésion et indiqué sans doute l'opportunité de la trachéotomie.

M. Chauvel a vu plusieurs fois, dans les affections du larynx avec accès de suffocation menaçants, dans les lésions traumatiques, en particulier, la mort presque subite tromper les espérances des chirurgiens temporisateurs. Il pense donc qu'en pareil cas, il convient d'agir vite ou du moins de se tenir prêt à intervenir dès les premiers indices d'asphyxie.

— M. Berger communique les détails d'une opération de laparotomie qu'il a pratiquée avec le concours de MM. Périer et Peyrot, ses collègues de l'hôpital Lariboisière, dans le but de remédier à des accidents extêmement graves consécutifs à une plaie pénétrante de l'abdomen par coup de couteau. Il s'agit d'une femme de 45 ans apportée à l'hôpital Lariboisière pour une blessure de la région abdominale. Collapsus, face pâle, froide, empreinte d'une anxiété extrême, hoquets incessants et vomiturition continuelles. On constatait à gauche de la région sus-ombilicale une petite plaie triangulaire. Les symptômes donnaient la presque certitude de l'existence d'un épanchement intra-abdominal.

A peine la ligne blanche était-elle incisée qu'un flot de sang noir s'échappa au dehors, indiquant une hémorrhagie veineuse très abondante. M. Berger dut porter vivement la main dans le ventre pour comprimer la veine cave. La blessure qui avait donné lieu à cette hémorrhagie était située à l'union du mésentère avec le méso-cœcum. Une double ligature fut appliquée à ce niveau et l'on procéda à l'inspection de la cavité abdominale. A la partie supérieure de cette cavité, on ne découvrit rien de suspect; mais, à la partie inférieure, on constata qu'une anse d'intestin avait été perforée de part en part et présentait deux ouvertures ayant chacune 1 centimètre de diamètre. Ces deux ouvertures n'avaient donné lieu à aucune issue de matières, bien que la malade fût en pleine digestion, ce qui se voyait aisément à la plénitude des chylifères dont le trajet se dessinait en blanc entre les lames du mésentère.

Par les blessures des vaisseaux mésentériques inférieurs et des chylifères s'étaient épanchés deux thrombus énormes, l'un sanguin et l'autre chyleux.

Des points de suture de Lemberg au catgut furent appliqués sur toutes les plaies et la cavité péritonéale fut abstergée avec le plus grand soin. La malade succomba sept heures environ après l'opération.

A l'autopsie, on constata qu'il ne s'était pas produit de nouvel épanchement dans la cavité abdominale, mais on découvrit que l'estomac avait été perforé de part en part. Comment la blessure de l'estomac avait-elle pu échapper à l'examen? Sans doute à cause de l'extrême distension de la cavité abdominale par l'abondance de l'épanchement sanguin.

Un examen attentif a montré que la plaie de l'estomac était obturée par la muqueuse gastrique, le parallélisme entre la plaie de la muqueuse et celle de la séreuse ayant été détruit. Du côté de l'anse intestinale, l'examen des plaies a donné l'explication de l'absence d'épanchement stercoral dans le péritoine, malgré les perforations multiples de l'intestin. Il a fait voir que les plaies avaient été obturées par une hernie de la muqueuse.

Ce fait, dit M. Berger en terminant, ne prouve rien contre l'intervention chirurgicale. De ce que l'occlusion immédiate des plaies du tube digestif peut avoir lieu spontanément, il serait imprudent de conclure que le chirurgien peut, dans ces cas, se dispenser d'intervenir et abandonner le malade aux mains de la nature.

M. Terrier partage entièrement l'opinion de M. Berger. Il pense que l'occlusion primitive, lorsqu'elle se produit, ne peut jamais être que temporaire. Dans le cas de M. Berger, si la malade n'avait pas été une mourante, il est infiniment problable que l'occlusion eût été détruite par les contractions intestinales.

Pour M. Terrier, dans tous les cas de plaie pénétrante de l'abdomen, dès qu'on observe des *phénomènes anormaux*, de quelque nature qu'ils soient, on est autorisé à intervenir immédiatement.

M. Chauvel ne pense pas que l'on puisse comparer les plaies par instruments tranchants et celles par armes à feu. Il existe toujours, dans ce dernier cas, une véritable perte de substance; il faut donc intervenir immédiatement sans se fier à l'occlusion par le mécanisme du bouchon muqueux ou par celui du défaut de parallélisme.

M. Reclus ne saurait accepter la distinction établie par M. Chauvel. Toutes les fois que le projectile est de petit calibre, une occlusion immédiate et permanente par bourrelet muqueux peut se produire et amener la guérison. Les expériences qu'il a faites sur les animaux lui ont démontré la réalité de ce mode de guérison spontanée.

Au début de la guerre de 1870, M. Reclus a eu l'occasion d'observer un soldat bavarois qui avait eu l'estomac traversé par une balle, ce qui ne l'empêcha pas de se nourrir abondamment. Le malade étant mort cinq mois après, on put constater la cicatrisation parfaite des deux plaies de l'estomac.

M. Reclus a observé un autre individu qui, à la suite de deux coups de couteau reçus dans la région de l'estomac, avait eu des vomissements de sang considérables. Il a parfaitement guéri. Donc, sans être adversaire de l'intervention, M. Reclus estime que la guérison peut être obtenue sans elle.

M. Championnière fait observer qu'aujourd'hui, si on hésite à faire la laparotomie, ce n'est pas par crainte de cette opération; c'est parce qu'on ignore quelles sont au juste les lésions produites. Si l'on pouvait savoir avec certitude que l'intestin est perforé, on n'hésiterait pas à intervenir immédiatement. Du moment où il y a plaie de l'intestin, la guérison est une pure affaire de hasard, une curiosité. Il est donc indiqué d'ouvrir le ventre chaque fois qu'une plaie pénétrante de l'abdomen s'accompagne d'accidents tant soit peu inquiétants.

M. Reclus ne croit pas à l'innocuité de la laparotomie; il pense qu'on ne doit pas faire la laparotomie exploratrice sans une absolue nécessité.

M. Trélat est heureux de voir la pratique chirurgicale actuelle incliner de plus en

©BIU Santé

plus, en ce qui concerne le traitement des plaies pénétrantes de l'adbomen, vers la solution qu'il indiquait déjà, il y a un an, dans une discussion semblable. Cet accord lui semble un progrès considérable. Tous les chirurgiens semblent de plus en plus s'engager sur la pente de l'intervention immédiate, dès que la plaie s'accompagne de signes capables d'inspirer de l'inquiétude. Les membres de la Société de chirurgie qui ont pris part à la discussion ne semblent plus être séparés que par des nuances; il ne reste plus qu'à recueillir les faits au fur et à mesure qu'ils se présentent. En ce qui le concerne, M. Trélat croit devoir déclarer que tous ceux qu'il a eu l'occasion d'observer, au nombre de sept, militent en faveur de l'intervention immédiate.

— M. Polaillon présente un malade auquel il a pratiqué, il y a six mois, l'amputation de Chopart. Les résultats sont satisfaisants.

— M. Prengrueber présente le tibia d'une enfant de 11 ans, qu'il vient d'amputer de la cuisse pour un ostéo-sarcome.

L'intérêt de cette pièce réside dans ce fait que l'opération a été extrêmement précoce; le néoplasme était tout à fait au début de son évolution et la lésion insignifiante d'apparence.

Comme, d'autre part, le segment du membre malade a été enlevé dans son entier, il est difficile de trouver un cas plus favorable de guérison définitive.

La suite de cette observation montrera si on a eu raison de compter sur cette guérison. — A. T.

COURRIER

Missions scientifiques. — M. le docteur Morisse est chargé d'une mission scientifique en vue d'entreprendre diverses études médicales et d'histoire naturelle dans les bassins du Haut-Orénoque et de l'Amazone.

M. F. Geay est chargé d'une mission dans le Nicaragua, la Colombie et le Vénézuela, à l'effet d'y entreprendre des recherches d'histoire naturelle et d'y réunir des collections scientiques destinées à l'Etat.

M. Nicklès est chargé d'une mission scientifique en Espagne, à l'effet de poursuivre, dans les provinces de Valence et d'Alicante, des recherches géologiques.

M. Thoulet, professeur de minéralogie à la Faculté des sciences de Nancy, est chargé d'une mission en vue d'étudier l'organisation de l'observatoire météorologique de Christiania et de la « Scotish marine Station » d'Edimbourg.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Senelle (de Bourg-sur-Gironde).

L'**ÉMULSION MARCHAIS** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte**. — Un verre à Bordeaux aux repas

Dyspepsies. — Anorexie. — Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Bulletin bibliographique.

Congrès international d'hydrologie et de climatologie. Compte rendu de la première session (Biarritz 1886). 1 vol. in-8° jésus cartonné, de 610 pages. — Prix : 12 fr

Cet ouvrage se trouve à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, Paris.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Paul Chéron : Les nouveaux traitements de la phthisie. — II. Bibliothèque : La seconde enfance. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Les nouveaux traitements de la phthisie (1).

II

Acide sulfureux. — C'est le 8 mai 1887 que Sollaud fit connaître à l'Académie les résultats qu'il avait obtenus en appliquant par hasard l'acide sulfureux à la cure de la tuberculose pulmonaire (1). Nous avons à signaler à la suite de ce travail les recherches d'Auriol de Bellegarde, de Dujardin-Beaumetz et de son élève Dariex, d'Audhoui, de Bolbeau, de Ley, etc.

Un certain nombre de moyens ont été proposés pour obtenir le gaz. Le plus simple est la combustion du soufre, et Deschiens a indiqué la préparation de bougies fort commodes, graduées et ne donnant que peu de fumée; Dariex a préconisé un appareil avec lequel on peut doser facilement l'acide produit par la décomposition d'un bisulfite; mais Bardet a fait observer avec raison qu'il y aurait danger à laisser ce dernier cor s entre les mains des malades. Dujardin-Beaumetz a renoncé à employer la combustion de l'hydrogène sulfuré ou celle de sulfure de carbone dans la lampe spéciale qu'il avait inventée. En somme, il faut s'en tenir à la combustion de soufre.

D'après Ley, qui a communiqué à la Société de médecine pratique le résultat de ses expériences (20 oct. 1887, 16 nov. 1887), l'homme sain supporte à peine une atmosphère qui contient 1/6000 d'acide; il est tolérable pour certains organismes à la dose de 1/7000, et la dose thérapeutique varie de 1/10000 à 1/8000. En ville on choisit pour local d'inhalations une chambre assez grande pour que le malade puisse s'y promener et on la cube. Ceci fait, et sans qu'il soit nécessaire d'ôter les tentures qui ne sont pas abimées, on bouche la cheminée et on brûle de la fleur de soufre que l'on enflamme à l'aide d'alcool répandu à sa surface. On commence (Dujardin-Beaumetz) par des doses faibles de 5 grammes par mètre cube, et on augmente tous les jours jusqu'à 20 grammes. On fait dégager l'acide deux heures avant d'introduire le malade dans la pièce et on l'y laisse quatre heures. Pour Ley, il suffit de brûler 6 grammes de soufre par mètre cube les trois premiers jours, et quand les murs sont imprégnés, on ne doit plus en brûler que 5 grammes. Il ne fait entrer les malades que dix à douze heures après la combustion du soufre et aère chaque jour la chambre aux inhalations pendant plusieurs heures.

Les bougies de Deschiens ordinaires brûlent à peu près 10 grammes de soufre par heure.

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 29 mars et 5 avril 1888.

(2) Kircher (de Brooklin) l'avait déjà employé en 1882; Rombro, De Renzi, Ananiin, Popoff, Cullimore en 1883.

©BIU Santé

Dujardin-Beaumetz a insisté sur la tolérance pour l'acide sulfureux que présentent les phthisiques; tandis que l'homme sain suffoque rapidement, le tuberculeux respire plus facilement, surtout quand les lésions sont avancées. On pourrait attribuer ce fait (Durand-Fardel) à ce que les bronches sont tapissées par une abondante sécrétion muqueuse.

Même en commençant par de faibles doses, on ne peut (Ley) éviter l'irritation des conjonctives et du nez; il se produit donc des éternuements, du larmoiement, quelquefois un peu de sécheresse et des picotements à la gorge ou encore des épistaxis. Auriol a essayé d'atténuer les symptômes pénibles en mêlant à la fleur de soufre un peu de benjoin et de poudre d'opium.

Dariex, à l'hôpital Cochin, a expérimenté sur sept malades qui ne prenaient, à l'intérieur, qu'une potion calmante. Tous ceux, dit-il, qui n'étaient pas épuisés par la fièvre ou la diarrhée ont augmenté de poids, les autres ont maigri. Au début, pendant les trois ou quatre premiers jours, l'expectoration est très abondante et très liquide; puis, au bout de quatre à cinq jours, elle diminue et les crachats deviennent blancs. La grande facilité de l'expectoration est surtout remarquable, et le sommeil devient ainsi facile et réparateur. Tous les malades ont accusé une diminution rapide de l'oppression et plusieurs l'augmentation de l'appétit. Les sueurs diminuent ou disparaissent, les râles diminuent de grosseur et de nombre. Il n'y a pas d'action fâcheuse sur la marche de la fièvre, et les bacilles ont paru diminuer.

Les formes pyrétiques ne contre-indiquent pas la médication que l'on peut toujours appliquer quand le malade a la force de la supporter, mais elle convient surtout aux phthisies lentes et apyrétiques qui ne sont encore qu'au premier et au deuxième degré.

Pour Dariex, il est probable que l'acide sulfureux arrivé dans le sang s'y transforme en sulfites. Or, on sait que Polli, en Italie, et Pietra-Santa, en France, ont beaucoup insisté sur l'utilité de ces composés dans la tuberculose.

Balbaud, sur huit malades, a obtenu l'amélioration des principaux symptômes.

Auriol a soumis aux inhalations soixante-dix tuberculeux bacillaires. Chez trente à lésions peu avancées, l'appétit est revenu ainsi que l'embonpoint; la fièvre et les sueurs ont disparu, la maladie s'est arrêtée. « Les bacilles avaient diminué, puis disparu dans les crachats qui ne tuberculisaient plus les cobayes, quand on les leur inoculait. Les signes des lésions avaient disparu au point de ne plus laisser que de la matité à la percussion et un peu d'obscurité de la respiration à l'auscultation. » L'amélioration persistant depuis plus de deux ans, M. Auriol considère ces malades comme guéris. Des autres tuberculeux, vingt n'ont retiré aucun avantage de la médication que vingt autres n'ont pu suivre assez longtemps. Tous les malades suivaient en même temps les traitements habituels de la tuberculose pulmonaire.

Delon a constaté une guérison définitive chez un phthisique avancé. Pour lui, dans les cavernes et autres lésions tuberculeuses de la base et de la partie moyenne, les résultats sont médiocres et contestables, et il est probable que le gaz ne pénètre que très peu dans les régions inférieures. (*Montpellier médical*, 1888, 1.)

Audhoui a échoué dans un cas.

Dans une des dernières séances de la Société de thérapeutique (25 janvier 1888), Dujardin-Beaumetz a fait remarquer que s'il n'a pas obtenu encore de guérison complète, c'est qu'à l'hôpital les malades sont dans une situation déplorable au point de vue de la tuberculose; ils mangent médiocrement, vivent dans une atmosphère confinée et sont dans des conditions hygiéniques bien inférieures à celles des malades de la ville.

Il est probable que les inhalations d'acide sulfureux devront être rangées parmi les plus utiles des méthodes nouvelles de traitement de la phthisie, et que, si on les emploie concurremment avec les agents thérapeutiques habituels, on obtiendra de bons résultats. Cependant, là encore on peut dire que l'action antibacillaire est plus que douteuse.

Acide fluorhydrique. — L'emploi des inhalations fluorhydriques dans les maladies des voies respiratoires remonte à 1862, année où elles furent expérimentées par Bastien; en 1866, Charcot et Bouchard, à la Salpêtrière, n'en tirèrent que peu d'utilité. Récemment, Seiler et Garcin ressuscitèrent la méthode et leurs travaux, déposés à l'Académie, donnèrent lieu à un savant rapport de M. Hérard. Nous avons encore à citer les travaux de MM. H. Bergeron, qui s'occupe depuis longtemps de l'emploi thérapeutique de l'acide fluorhydrique, de Dujardin-Beaumetz, Chéry, Léon Petit et Fiaux, Lépine, etc.

Quand on veut employer les inhalations du composé hydrogéné du fluor, il faut se souvenir, pour l'installation, que les vapeurs acides sont très lourdes et tombent toujours dans les parties inférieures des pièces.

De nombreux appareils ont été construits. Un des meilleurs est celui de Bardet, basé sur le déplacement des vapeurs de l'acide par un courant de gaz carbonique fourni par un générateur spécial muni d'un double régulateur qui assure la production régulière et constante du gaz. Le tube d'inhalations est remplacé par une petite tente sur laquelle le malade met sa tête et qui reçoit les vapeurs par ses parties supérieures. Pour produire l'acide carbonique, le meilleur est d'employer les sels gazogènes que l'on introduit dans le barboteur; ce dernier doit être secoué légèrement de temps en temps.

Les formules suivantes données par l'auteur permettent d'obtenir l'écoulement du gaz pendant 30 à 45 minutes environ.

1° Acide tartrique	38	grammes.
Bicarbonate de soude	50	—
2° Acide tartrique	60	—
Bicarbonate de soude	75	—

Pulvériser ensemble dans un mortier.

Il faut manier l'acide du commerce, déjà très dilué, avec de grandes précautions. Bardet conseille les solutions de 15, 20 ou 30 p. 100 dans de l'eau. Une cause d'erreur notable est que la teneur de l'acide du commerce en acide pur est très variable; c'est ainsi que Moisseau, sur divers échantillons, a vu le titre osciller entre 27 et 55 p. 100. Il convient donc de spécifier quand on demande de l'acide.

M. H. Bergeron ayant remarqué que, par le barbotage, on entraîne des quantités variables de substance active, a construit un appareil fixe dans lequel l'air projeté par deux petits gazomètres dans le flacon à acide, se charge à sa surface des vapeurs acides.

Les appareils de Garcin et de Ley sont construits sur le même principe

©BIU Santé

que le précédent. Léon Petit et Fiaux emploient l'air comprimé qu'ils font barboter dans l'acide, tandis que Seiler projette l'air atmosphérique à l'aide d'une sorte de soufflet.

Quelquefois les malades se plaignent d'émanations sulfureuses; elles sont dues pour Crouigneau à une altération des tubes en caoutchouc qu'il convient de remplacer par des tubes en plomb, et, pour Seiler, aux sulfates de l'eau employée.

Dans bien des cas, le plus simple est d'imiter la pratique de Constantin Paul. Il se sert tout uniment (Soc. de thér., 8 février 1888) d'une bouteille ordinaire munie d'un bouchon à deux tubulures, à travers lesquelles passent deux tubes, l'un fort court, l'autre plongeant dans le liquide médicamenteux (fluorure de sodium à 2 p. 100), à 8 centimètres de profondeur. Il fait respirer au malade l'air, qui barbotte dans le liquide, par de profondes inspirations, assez espacées pour qu'il ne se fatigue pas. « M. C. Paul insiste sur ce point que les malades n'ont pas semblé ressentir de fatigue, à condition que les intervalles entre les inspirations fussent assez prolongés. »

Le docteur H. Martin a expérimenté le pouvoir antiseptique du fluor. A 1/20000, l'acide fluorhydrique tue le bacille des bouillons de culture. La solution antiseptique suivante : eau, 50 grammes; glycérine, 200 grammes; fluorure d'ammonium, 2 gr. 50, injectée à la dose de 1 c. c. par jour, a pu empêcher des animaux, préalablement inoculés, de devenir tuberculeux.

Seiler employait dix litres d'air saturé par mètre cube et Garcin, trente litres. C'est la dose qu'a adoptée Lépine, et il l'a dépassée sans inconvénient. On peut donner, chaque jour, une seule séance d'une heure, mais il est préférable (Bardet) d'en donner deux de trois quarts d'heure, une le matin et une le soir.

Généralement, le séjour dans l'atmosphère acide amène du picotement des yeux et des fosses nasales, parfois un peu de mal de tête Il n'y a pas d'hémoptysies. Presque toujours, le malade se sent excité à tousser et à cracher.

Les statistiques les plus belles ont été fournies par Garcin. Du mois d'août jusqu'au 20 septembre, il a observé 100 tuberculeux à différents degrés et a obtenu : états stationnaires, 14; améliorations, 41; guérisons, 35; morts, 10. Il faisait séjourner tous les jours une heure le malade dans une cabine mesurant 6 mètres cubes d'air saturé d'acide. Les bacilles ne résistent pas à la médication, car l'analyse des crachats fait constater que ces micro-organismes : 1° sont chaque jour moins nombreux; 2° ne se segmentent plus; 3° finissent par disparaître des sécrétions. L'état général s'améliore très vite.

Hérard, dans son rapport, mentionne comme principaux résultats le retour de l'appétit, la disparition des sueurs, la cessation des vomissements quand il y en avait. La dyspnée s'amende à peu près constamment et très vite; la fièvre se modifie lentement, ainsi que la diarrhée. Les signes physiques ne changent que peu à peu, l'expectoration change de caractère et peut augmenter (Lépine). Ce dernier a expérimenté sur 7 phthisiques. Il a noté que le retour de l'appétit n'est pas constant et se fait souvent attendre plusieurs jours. Les malades ont eu trois et même quatre semaines d'inhalations, et plusieurs ont augmenté de poids. Féréol, dans un cas, a obtenu une grande amélioration.

Dans de nouvelles expériences faites avec Paliard, Lépine a appliqué le

traitement sur 13 phthisiques, dont 7 étaient porteurs de vastes cavernes et en proie à une fièvre vive. (Société nationale de médecine de Lyon, 5 mars 1888). Chez les derniers, il n'y a eu ni aggravation ni amélioration. Chez 8 autres sujets atteints de lésions au premier et au deuxième degré, sans fièvre notable, il y a eu amendement de la dyspnée pendant le séjour dans la cabine et immédiatement après. L'augmentation de l'appétit et celle du poids sont les résultats les plus nets de la médication.

De même que la plupart des traitements, celui par l'acide fluorhydrique convient donc surtout au début de la phthisie.

Créosote. Acide picrique, etc. — Tapret, à l'hôpital Saint-Antoine, fait vivre ses malades dans des salles à la partie supérieure desquelles on pulvérise constamment, et jour et nuit, à l'aide de pulvérisateurs à vapeur, une solution alcoolique de créosote de goudron de hêtre à 10 p. 1000. Les résultats obtenus seraient encourageants.

Fr. Hue et Samuel Bruère font inhaler l'acide picrique. Le mode opératoire est simple. Dans un récipient en bois, en verre ou en terre vernissée, on chauffe à l'ébullition de l'eau saturée d'acide picrique (5 à 6 p. 100), et les malades respirent les vapeurs. Ces dernières sont très amères, mais généralement bien supportées; quelquefois, il y a des vomissements qui cessent quand on suspend les inhalations. Il faut, autant que possible, garantir les vêtements à cause de la coloration en jaune et avoir soin de se laver au savon après chaque séance. Les auteurs pensent que l'on pourrait arrêter les progrès de la tuberculose, surtout de la tuberculose acquise. (*Gazette hebd.*, 87, 19.)

M. E. Weill (Acad. des sciences, 27 fév. 1888) a combattu la dyspnée des tuberculeux à l'aide de l'acide carbonique pur. Les séances, répétées une à deux fois par jour, n'avaient pas plus de deux à cinq minutes de durée. A chaque inhalation, la dose variait de deux à quatre litres. L'action eupnéique, dit l'auteur, est instantanée, très nette et durable. L'acide était fourni par l'appareil Limousin.

Witthauer a combiné les inhalations d'essence d'eucalyptus avec l'emploi de la teinture à l'intérieur; nous reparlerons tout à l'heure de sa méthode.

De Renzi regarde comme utiles les inhalations d'iodoforme et de térébenthine, les inhalations iodées, celles d'hydrogène sulfuré, de gaz acide sulfureux, d'ozone et de vapeurs nitreuses. (*Bull. th.*, 88, 1, 187.)

Dujardin-Beaumetz a pratiqué dans son service, à l'aide de l'atmiomètre de Jacobelli, des inhalations de vapeurs de térébenthine et d'iodoforme. L'amélioration a porté presque exclusivement sur l'expectoration et la toux.

Valenguela fait respirer à ses malades de l'air contenant une forte proportion d'azote. La fièvre et les sueurs nocturnes disparaissent et l'appétit se relève. Les périodes avancées ne sont pas un obstacle au traitement que l'on peut continuer plusieurs mois. Sur 278 tuberculeux, il aurait observé 62 guérisons définitives et 95 temporaires; il a noté en outre 41 améliorations et seulement 80 résultats nuls.

III

Nous serons bref sur les méthodes de traitement dont il nous reste à parler. Nous tenons, en effet, à écrire pour les praticiens et ne ferons que mentionner les médications trop spéciales ou trop peu expérimentées.

©BIU Santé

M. Longuet (*Union méd.*, 1887, 68) a mis les lecteurs du journal au courant des récentes recherches sur l'action de la créosote dans la phthisie. Depuis qu'il a écrit son article, nous n'avons guère relevé qu'un travail d'Hopmann. Ce médecin emploie une solution de créosote dans la teinture de gentiane, et continue pendant des années avec de courtes interruptions. On échoue toujours quand il y a de la diarrhée.

Bouchoueff a donné 10 gouttes de créosote pure par jour. L'amélioration serait considérable chez les phthisiques au premier degré, moindre chez ceux au deuxième, et nulle à la période des cavernes. Pour obtenir de bons résultats, il faut donner beaucoup de créosote et pendant longtemps.

Un docteur de Lamberg, Rosenbusch, a aussi préconisé la créosote, mais en injections parenchymateuses. Nous ne croyons pas devoir nous étendre sur ces injections, non plus que sur celles de sublimé (Gouguenheim), de créosote et de sublimé (Lépine et Truc), d'iodoforme (Shington Smith), etc., pratiquées dans l'intérieur du poumon. Les auteurs ne semblent pas avoir tiré grands résultats de leurs travaux, puisqu'ils n'en parlent plus.

Sahli et Fraenkel ont tout récemment préconisé le gaïacol qui serait le principe actif de la créosote. Dans la phthisie au début, il aurait de très heureux effets. Cependant il donne quelquefois des vomissements et de la diarrhée, et est contre-indiqué dans la plupart des phthisies consomptives.

Raymond et Arthaud ont remarqué que, cliniquement et expérimentalement, le tannin a une action favorable. On peut le donner à la dose de 2 à 4 grammes par jour et en obtenir d'excellents résultats dans des cas chroniques et aigus.

Scherbakoff a employé l'antifébrine et la naphte; Krémiansky, Bertalero, l'aniline; Akimenko, le lard bouilli dans le lait qui n'agit probablement que comme l'huile de foie de morue; Brémond et Gouet, l'huile essentielle de térébenthine qu'ils font pénétrer à l'aide d'appareils spéciaux à travers l'enveloppe cutanée, et Luton les sels de cuivre.

On nous pardonnera de ne pas nous attarder sur les inhalations de bacterium termo. Elles semblent rentrées dans le néant dont elles n'auraient peut-être jamais dû sortir.

Les conclusions à tirer de l'étude incomplète à laquelle nous venons de nous livrer, ne sont pas des plus encourageantes. Il est évident que, jusqu'à présent, la découverte du bacille n'a pas modifié la thérapeutique de la phthisie. Maintenant, comme avant, c'est à l'hygiène, à l'alimentation, aux reconstituants et aux modificateurs généraux de l'organisme qu'il nous faut avoir recours quand nous voulons combattre la terrible maladie.

Est-ce à dire qu'on doive abandonner tout espoir? Loin de nous cette pensée. Ce n'est pas au moment où, sous la haute direction du professeur Verneuil, se prépare le premier Congrès de la tuberculose, qu'il convient de se laisser aller au découragement. Un jour viendra, nous en sommes sûr, où nous lutterons avec succès contre la phthisie, mais, quand arrivera le triomphe final, peut-être le devra-t-on autant aux hygiénistes qu'aux médecins.

Paul Chéron.

Anémie. Chlorose.
DRAGÉES CARBONEL AU PERCHLORURE DE FER PUR
Hémorrhagies. Lymphatisme.
Le Flacon : fr. 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

NAPHTOL-BAILLARD
Le plus puissant de tous les Antiseptiques
Dragées : Fièvre typhoïde, Phtisie, Antisepsie des voies digestives et urinaires.
Eau : Inject. vaginales (accouchées, pertes bl.), Pansem. antiseptiques, Pulvérisations.
Pommade : Psoriasis, Eczéma sec, Prurit, Dartres du cuir chevelu, Chancres, Ulcères.
PARIS : Baillard, 112, Cherche-Midi ; Marchand, drog. — Détail : Phie Desvignes, 42, Fg St-Denis.

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.
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.

PASTILLES ET ÉLIXIR HOUDÉ
au CHLORHYDRATE de COCAÏNE
Grâce à l'anesthésie qu'elles produisent, les Pastilles Houdé 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 acces 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 une heure avant le repas.
En raison de ses propriétés anesthésiques, l'Elixir Houdé constitue un puissant sédatif des névroses stomacales. — Recommandé pour combattre les Gastrites, Gastralgies, Dyspepsies, Vomissements, Mal de mer ; 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.
Dépôt Général : A. HOUDÉ, 42, rue du Faubourg St-Denis, PARIS
LAURÉAT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE (PRIX ORFILA)

©BIU Santé

EAU ARSENICALE ÉMINEMMENT RECONSTITUANTE
Enfants Débiles — Maladies de la Peau et des Os

LA BOURBOULE

Rhumatismes — Voies respiratoires
ANÉMIE — DIABÈTE — FIÈVRES INTERMITTENTES

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 Bd Haussman, 41
Dépôt dans toutes les bonnes pharmacies.

ÉLIXIR LUCAS
VIANDE — FER — VIEUX COGNAC
VRAI COUP DE FOUET
SURPASSE TOUS SES SIMILAIRES
Remède 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 aussi sûrement et aussi rapidement.
NOMBREUX ÉLOGES DE MÉDECINS
LUCAS, pharmacien, Ingrandes (Loire-et-Loire)
Dépôt : ACARD, *213, r. St-Honoré, PARIS*
PRIX : 3 FRANCS
Même Elixir 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 Phie LEROY, 2, r. Daunou
ET TOUTES LES PHARMACIES

TOPIQUE SAISSAC
Pharmacie G. Koch, 44, rue de Richelieu, Paris
F. DUCOUX, successeur.
Seul coporistique sérieux employé sans danger ni douleur pour la guérison radicale et prompte des cors, oignons, durillons.

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.

DRAGÉES **QUINOIDINE-DURIEZ**
Puissant tonique. — Très efficace contre les *récidives des fièvres intermittentes.*
Dix centigr. de Quinoïdine par Dragée. — Fl. de 100 : 4 fr Fle de 20 : 1 fr. — PARIS, 20, Place des Vosges, et toutes Phies.

Agréable à boire
Tonique
Reconstituante,
SOURCE
Guérit
L'ESTOMAC
et régularise les *fonctions de*
L'INTESTIN
ST LEGER

PILULES SUISSES
(Pilules de Coloquinte composées)
PURGATIVES, LAXATIVES, DÉPURATIVES
MM. les Médecins qui désireraient les expérimenter, en recevront gratis une boîte sur demande adressée à M. HERTZOG, *Pharmacien, 28, rue de Grammont, Paris.*

ANNUAIRE MÉDICAL ET PHARMACEUTIQUE DU Dr FÉLIX ROUBAUD

ET

ALMANACH GÉNÉRAL DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

DE L'*UNION MÉDICALE* RÉUNIS

ANNÉE 1888

Contenant les noms, prénoms, titres et adresses de tous les docteurs, officiers de santé et pharmaciens de France.

On souscrit en envoyant un mandat de poste de 4 francs ou 4 francs en timbres-poste aux Bureaux de l'UNION MÉDICALE, rue de la Grange-Batelière, 11.

CHEMINS DE FER DE L'OUEST & DU LONDON BRIGHTON

SERVICES DE PARIS A LONDRES PAR ROUEN, DIEPPE ET NEWHAVEN

EN 10 HEURES

DÉPART TOUS LES JOURS (Gare Saint-Lazare)

1° SERVICE DE JOUR *(pendant la saison d'été)* — TRAVERSÉE EN 3 H. 3/4

Par trains de marée rapides à heures variables

Voyage simple :		*Aller et Retour :*	
1re classe	2e classe	1re classe	2e classe
42 fr. 50	31 fr. 25	71 fr. 25	51 fr. 25

2° SERVICE DE NUIT (PENDANT TOUTE L'ANNÉE) :

Par trains partant tous les soirs (Dimanches compris) à 8 heures 50

1re classe	2e classe	3e classe	1re classe	2e classe	3e classe
42 fr. 50	31 fr. 25	22 fr. 50	71 fr. 25	51 fr. 25	40 fr. »

CHEMIN DE FER D'ORLÉANS

A l'occasion de la foire et des fêtes qui auront lieu à Séville du 18 au 22 avril, la Compagnie des chemins de fer d'Orléans, d'accord avec la compagnie du Midi de la France et les compagnies espagnoles, délivrera jusqu'au *15 avril*, des billets de Paris à Séville, en voitures de première classe, au prix de 250 francs, aller et retour compris avec faculté d'arrêt à Bordeaux, Bayonne, Burgos, l'Escurial, Madrid, Aranjuez, Castillejo (embranchement de Tolède) et Cordoue.

Ces billets seront valables pour le retour jusqu'au 7 mai inclusivement.

Les voyageurs auront la faculté de prendre les trains de luxe Sud-Express et Pyrénées-Express, à la condition de payer, en outre du prix ci-dessus, le supplément complet c'est-à-dire 50 °/₀ du prix des billets à tarif plein.

Bulletin bibliographique.

Formulaire annuel des nouveaux remèdes, par le docteur G. BARDET, chef du laboratoire de thérapeutique à l'hôpital Cochin, et E. EGASSE, pharmacien de première classe, ancien professeur agrégé à l'École de médecine navale de Rochefort. (troisième année). 1 vol. in-12, cartonné toile, de 360 pages. — Prix : 4 fr.

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme, par L.-J.-B. BÉRENGER-FÉRAUD, directeur du service de santé de la marine et de l'École de médecine navale de Toulon, membre correspondant de l'Académie de médecine. 1 vol in-8°, de 370 pages, avec 50 figures dans le texte. — Prix : 8 fr.

Ces deux ouvrages se trouvent à la librairie O. Doin, 8, place de l'Odéon, 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. Chanoine-Lagarde, Paris

Médaille d'OR, Paris 1885

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.

Médailles aux Expositions

GUÉRISON des MALADIES

DE L'ESTOMAC ET DU VENTRE

DYSPEPSIE — GASTRALGIE

CONSTIPATION — 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.

Ampoules Boissy

A L'IODURE D'ÉTHYLE

Pour le *Traitement de l'Asthme*

Par la ***Méthode iodurée.*** — Guérison complète.

Pour Inhalations — *Une dose par Ampoule*

BREVETÉES — S. G. D. G.

Ampoules Boissy

AU NITRITE D'AMYLE

SOULAGEMENT IMMÉDIAT

Et Guérison des ANGINES de Poitrine

Syncopes, Mal de Mer, Migraine, Hystero-Epilepsie

4 fr. la Boîte. — 2, Place Vendôme, PARIS.

QUINA ✻ FER

Chlorose, Anémie

Vins Titrés d'Ossian Henry

Membre de l'ACADÉMIE de MÉDECINE

Professeur à l'École de Pharmacie.

BAIN & FOURNIER

43, Rue d'Amsterdam, Paris

PHTISIE

Médaille d'OR

BRONCHITES ET CATARRHE PULMONAIRE

Traitement Curatif

par les Injections sous-cutanées *Hâvre 1887*

de l'EUCALYPTINE LE BRUN

Dépôt Gén^l^ : PHARMACIE CENTRALE, Faubg Montmartre, 52, PARIS

Diurétique, Modificateur des sécrétions catarrhales, Maladies des voies respiratoires et génito-urinaires.

CAPSULES DE TERPINOL

ADRIAN

Le Terpinol a les propriétés de l'essence de Térébenthine dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré. Il n'a pas l'inconvénient grave de provoquer chez les malades des nausées, souvent même des vomissements.

Gros : 11, rue de la Perle, Paris

l'Eau de Léchelle

HÉMOSTATIQUE. — Combat efficacement les *hémorrhagies utérines* et intestinales, l'hémoptysie, l'atonie des organes, les affections des muqueuses : *Leuchorrée*, diarrhée, catarrhe, etc.

Dépôt général : 378, rue St-Honoré, Paris.

Constipation guérie par MÉCHOACINE du Dr LEBERT. — Prix : 2f. 50.

VIN TANNIQUE

DE BAGNOLS-SAINT-JEAN

Médaillé aux Expositions de Philadelphie 1876, Sidney 1879.

Médaille d'Argent Anvers 1885, Médaille d'Or Paris 1885.

Ce vin, tonique par excellence, est ordonné par les premiers médecins aux personnes valétudinaires et languissantes, dans la **chlorose**, la **phthisie** avec **atonie**, le **rhumatisme chronique**, la **goutte atonique** ou **viscérale**, et toutes les **dyspepsies** ; aux convalescents, aux vieillards, aux anémiques, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

VENTE EN DÉTAIL : DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Expédition en Province, par caisse de 12 bouteilles, *franco* à la gare la plus voisine du destinataire.

PRIX : ***3 francs*** LA BOUTEILLE DE 83 CENTILITRES.

ET ***1 fr. 75*** LA 1/2 BOUTEILLE DE 50 CENT.

Entrepôt général E. DITELY, propre, 18, Rue des Écoles, PARIS.

BIBLIOTHÈQUE

LA SECONDE ENFANCE, Guide hygiénique des mères et des personnes appelées à diriger l'éducation de la jeunesse, par le docteur E. PÉRIER. (Petite bibliothèque médicale à 2 francs le volume.)

L'excellent petit livre que nous avons sous les yeux se distingue aussi complètement que possible de la plupart des prétendus guides où l'on trouve tant d'idées sans base scientifique et, par cela même, d'une application inutile ou dangereuse; les conseils qu'il donne sont le produit de la saine observation; ils résument, en un style clair, sobre et souvent élégant, la pensée des praticiens les plus instruits et les plus expérimentés.

L'auteur, dans un précédent volume, a traité de l'hygiène de la première enfance; aujourd'hui il continue son œuvre en suivant le produit humain jusqu'à l'époque où il entrera dans la période que l'on nomme l'adolescence. Il est intéressant de voir avec quelle sollicitude éclairée il passe en revue tout ce qui peut exercer une influence salutaire ou nuisible sur le petit être dont il a fait son protégé : les parents, les amis, l'institutrice, les serviteurs, les soins de propreté, la chambre à coucher, les vêtements, l'alimentation, la vie en plein air, l'exercice, l'éducation à la maison, l'école, l'éducation des filles, l'avis du médecin, etc., etc.

Relativement aux vêtements, il critique avec raison certaines modes, dont il est difficile de comprendre le succès : « Quels sont, je le demande, dit-il, les parents qui pourraient aller les jambes nues comme ils condamnent leurs enfants à le faire par tous les temps? » Il est tout aussi sage quand il aborde la question du *médecin de famille* : « ..... Qui pourra mieux diriger un enfant dans le choix d'une profession, un jeune homme ou une jeune fille dans le mariage, que celui qui connaît leurs capacités physiques, c'est-à-dire leur santé et leurs forces ainsi que leur prédisposition à telle ou telle maladie? » Ses conseils au sujet des bains, de baignoire, de rivière, de mer, et de la natation comme gymnastique parfaite, méritent d'être pris en grande considération. Il en est de même pour son avis sur les abus du corset, et c'est tout à fait à propos qu'il cite les deux vers suivants :

Mesdames, croyez-moi, les efforts que vous faites
Loin de vous embellir vous rendent contrefaites.

Cette citation n'est pas la seule qu'on trouve dans ce charmant petit livre; il y en a beaucoup; elles sont toutes topiques et intéressantes. Mais les questions sérieuses et bien étudiées abondent. Aussi nous pensons que toute mère devrait lire et relire ce volume, dont la lecture d'ailleurs est agréable, et le prendre pour guide dans sa douce et grande mission. — G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de remerciements de MM. Coze (de Nancy) et Burdel (de Vierzon), récemment élus correspondants de l'Académie.

2° Des lettres de candidature de MM. Yvon et Beauregard, pour la section de pharmacie; de M. Duguet, pour la section de pathologie.

3° Une lettre de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), accompagnant l'envoi d'un travail intitulé : *Contribution à l'étude des épidémies de variole.*

4° Une note de M. le docteur Ripault (de Dijon), relative à une nouvelle interprétation de l'action des pôles en électricité médicale.

©BIU Santé

5° Une lettre de candidature de M. Antonio Espinry Capo (de Madrid) pour le titre de correspondant.

M. LE PRÉSIDENT annonce que MM. Diday, Doyon et Védrènes, correspondants, assistent à la séance.

— M. LELOIR, correspondant à Lille, présente, de la part de M. Tavernier, aide de clinique du service de clinique des maladies cutanées et syphilitiques de Lille, deux brochures : 1° *Contribution à l'étude des fractures dites spontanées survenant chez les sujets syphilitiques;* 2° *Considérations à propos de trois cas de syphilis acquise, observés chez des sujets porteurs de stigmates de la syphilis héréditaire tardive.*

M. SAPPEY présente, de la part de M. le docteur Magitot, candidat pour la section des associés libres, une série de brochures relatives à l'anatomie, à la physiologie et à la pathologie du système dentaire.

M. MARJOLIN présente le neuvième *Annuaire-Bulletin* de la Société protectrice de l'enfance.

M. MARTY présente, de la part de M. Balland, pharmacien-major de 1re classe, une brochure intitulée : *Rapport sur les eaux consommées par les troupes du 11e corps d'armée.*

M. LABORDE présente, au nom de MM. Fieuzal et Hænsell, le premier fascicule des *Annales du laboratoire de l'hospice national des Quinze-Vingts :* « Recherches sur l'anatomie et l'histologie normales et pathologiques de l'œil. »

M. Léon LE FORT présente, de la part de M. le professeur Kassowski (de Saint-Pétersbourg), une note sur les opérations césariennes pratiquées par lui à la Maternité de Saint-Pétersbourg, de 1885 à 1887.

M. BROUARDEL présente, de la part de M. le docteur Granier, un appareil destiné à faciliter les lavages antiseptiques.

M. GUÉNIOT présente, au nom de M. le docteur Auvard, accoucheur des hôpitaux, un appareil pour l'allaitement artificiel des enfants.

M. LAGNEAU offre en hommage le rapport sur les maladies épidémiques observées en 1886, fait au Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine.

— M. Léon LE FORT croit devoir rappeler que l'Académie a décidé, il y a deux ans, que les instruments présentés en séance, devenaient par là même la propriété de l'Académie. Il regrette que cette décision ne soit pas exécutée.

M. LE PRÉSIDENT répond que le bureau a déjà pris des mesures pour que cette décision soit désormais plus sévèrement exécutée.

M. DIDAY (de Lyon), membre correspondant, fait, sous le titre : *Assainissement méthodique de la prostitution*, une communication sur la prophylaxie de la syphilis.

Son but est seulement d'exposer comment, à son avis, quelques-unes des difficultés de la question peuvent être résolues à l'aide des ressources que l'on possède actuellement, sans demander aux pouvoirs publics de nouvelles armes.

L'auteur, laissant de côté la prostitution clandestine, ne veut considérer que les deux autres modes de prostitution qu'il désigne sous les noms de prostitution *ouverte* (celle des maisons de tolérance) et de prostitution *entr'ouverte*, celle-ci comprenant les brasseries de filles.

La difficulté de l'assainissement de ce dernier mode de prostitution est très grande, l'inscription des filles y étant malaisée et même inopportune, dit l'orateur.

A Lyon, un préfet imagina de prendre un arrêté par lequel aucune fille ne pouvait servir dans un de ces établissements si elle n'était pas munie d'un *certificat de bonne vie et mœurs;* lequel, pour être valable, ne devait pas dater de plus de trois mois.

En conséquence : 1° Toute fille trouvée dans un de ces établissements, non munie du certificat en règle, est citée devant le tribunal de simple police qui la condamne à l'amende; en cas de récidive, la peine peut être portée à cinq jours de prison. Les patrons sont responsables du paiement de l'amende.

2° Si la fille a été dénoncée (ce qui est fréquent) comme ayant transmis une maladie vénérienne, elle est amenée au *Bureau des mœurs*. Là elle subit la visite médicale; et, si elle est reconnue malade, on l'envoie à l'hospice de l'Antiquaille.

Bien qu'insuffisant, ce système répressif établit :

1° Le droit d'interdire par simple arrêté administratif le service des filles dans les débits de boissons;

2° Le droit d'astreindre celles qui y seront à produire un certificat;

3° La responsabilité des patrons.

Sur ces données acquises, et pour tenir lieu de l'*inscription* dont cette classe de filles doit être dispensée par raison d'ordre social, voici la garantie sanitaire que l'on peut obtenir d'elles et qui peut se formuler de la manière suivante :

Toute fille de brasserie devra à réquisition produire un certificat de santé, délivré par un docteur en médecine et datant d'un laps de temps dont la durée est à fixer. En cas d'inexécution, il pourrait être temporairement ou définitivement interdit à son patron d'avoir un service de filles dans son établissement. Nul patron n'ayant intérêt — et tout au contraire — à employer des filles malades, que trouverait-il de vexatoire dans cette mesure?

Quant aux maisons de tolérance, la sécurité, qui n'existe pas dans les conditions actuelles, pourrait être obtenue, d'après M. Diday, à la condition :

Qu'aucune fille ne soit examinée qu'après avoir attendu deux heures sous une surveillance intelligente et expérimentée;

Que, dans le trajet de la salle d'attente jusqu'au cabinet et jusqu'au fauteuil même de visite, elle ne soit pas, une seule minute, laissée hors de cette surveillance.

Deux ou trois fois l'an, à époques absolument indéterminées, un spécialiste de haute notoriété, et de faculté visuelle indiscutablement conservée, ferait sa tournée dans toutes les villes d'une circonscription régionale, dans lesquelles il existe un service sanitaire. Arrivé là, il se ferait remettre le registre des visites, recommencerait la visite faite le plus récemment (la veille ou l'avant-veille); et si, sur l'une des filles qui ont été marquées saines, il découvrait quelque lésion contagieuse dont le début lui parût évidemment remonter à plus de vingt-quatre ou quarante huit heures, il en prendrait note et ferait son rapport en conséquence. Il s'assurerait en même temps de l'appropriation des locaux de visite à leur destination, notamment de l'éclairage, ainsi que de l'état des appareils instrumentaux, particulièrement de ceux destinés à la recherche du gonococcus.

M. LE PRÉSIDENT remercie, au nom de l'Académie, M. Diday de sa très intéressante communication.

— M. WORMS donne lecture d'un travail intitulé : *Du sucre de houille (saccharine)*.

Dans la première partie de son travail, M. Worms passe en revue l'histoire de cette substance dont il a été beaucoup question dans ces derniers temps, il rappelle sa découverte due à Falberg en 1879, son extraction du goudron de houille que l'on transforme en toluole par distillation, lequel subit successivement l'action de l'acide sulfurique, du trichlorure de phosphore, de l'ammoniaque, du permanganate de potasse, et enfin de l'acide chlorhydrique.

Le corps nouveau ainsi obtenu, après une longue et difficile préparation, est l'acide ortho-sulfamino-benzoïque, ou sulfinide benzoïque, sa formule est $C^6H^4 < \begin{matrix} SO^2 \\ CO \end{matrix} > AzH$.

La saccharine, qu'il ne faut pas confondre avec un corps auquel M. Péligot avait antérieurement donné le même nom et qui résulte de l'action de la chaux sur la glycose, et dont l'amertume est un des caractères distinctifs, se présente sous la forme d'une poudre blanche, cristallisable, à peine soluble dans l'eau froide (0 gr. 15 centigr. pour 100 gr.), soluble dans l'eau bouillante, dans l'alcool et dans l'éther; la saccharine est un acide qui, se combinant avec la soude et la potasse, constitue des sels presque entièrement solubles.

La saccharine a une puissance édulcorante égale à 280 fois celle du sucre, la présence d'un gramme de saccharine donne un goût sucré appréciable à 70 litres d'eau distillée.

Des expériences nombreuses ont été entreprises pour rechercher l'action de la saccharine sur les divers stades de la digestion.

©BIU Santé

Ce sont deux médecins de Turin, Aducco et Musso, et Salkowski (de Berlin), qui ont poussé le plus loin ces investigations. Ils ont démontré le pouvoir antifermentescible de la saccharine, tant pour le glucose que pour l'urine; elle retarde également la décomposition des infusions pancréatiques et celle du lait.

L'addition de 0,16-0,032 p. 100 de saccharine retarde la peptonisation de l'albumine sans cependant l'arrêter complètement.

Une addition de 0,0064 p. 100 semble être sans influence sur cette action.

La salive saccharinée à 0,32 p. 100 perd une partie de son activité saccharifiante sur l'amidon.

Les expériences d'alimentation par les substances saccharinées ont démontré qu'en général les animaux ne souffrent point de cette addition; quelques-uns cependant s'y sont refusés au bout d'un certain nombre de jours. Certains insectes, les mouches, les guêpes, les abeilles se refusent absolument à goûter à des substances additionnées de saccharine. Parmi les applications de cette substance à la médecine, une des plus intéressantes était la perspective de rendre aux diabétiques la possibilité de prendre des aliments et des liquides sucrés sans crainte d'augmenter la glycosurie; la saccharine, en effet, n'est pas un sucre, elle ne réduit pas la liqueur de Fehling, elle ne dévie pas la lumière polarisée à droite, et d'ailleurs elle passe, pour ainsi dire, sans modification aucune à travers l'organisme.

On retrouve, dans l'urine à laquelle la saccharine communique un goût sucré, pour ainsi dire la totalité de ce qui a été ingéré de cette substance.

Lyndn, à Berlin, Abeles, à Carlsbad, disent n'avoir constaté aucun inconvénient de l'addition d'une dose de 0,10 centigr. aux aliments et aux liquides administrés aux diabétiques.

Tel n'a pas été le résultat obtenu par d'autres expérimentateurs étrangers; en définitive, malgré les expériences faites sur les animaux et dans les laboratoires de chimie, la question de savoir si la saccharine est indigeste ou non restait en suspens.

Les résultats des expériences de M. Worms ne sont pas encourageants; il a administré la saccharine sous diverses formes à la dose de 0 gr. 10 centigr. par jour à quatre personnes atteintes de diabète à divers degrés; une seule, qui en prend depuis deux mois, n'en a éprouvé aucun inconvénient, les trois autres ont dû y renoncer au bout de quinze jours, en raison de ce que leur appétit diminuait, et qu'il était survenu des troubles sérieux de la digestion, un sentiment de pression pénible à l'estomac, qui n'ont disparu que huit jours après la cessation de l'administration de la saccharine.

Sur l'une de ces trois personnes, son emploi a été repris au bout d'un mois et a provoqué des troubles identiques au bout de dix jours.

En présence de résultats aussi fâcheux, il n'était pas prudent d'exposer d'autres personnes à un malaise possible. Cela eût été d'autant plus répréhensible qu'une des conditions essentielles du traitement des diabétiques est de maintenir intacte leur nutrition.

Il y a donc certainement un risque à admettre la saccharine dans l'alimentation des diabétiques et on doit le faire avec les plus grandes précautions.

On peut afférer de ce résultat que l'emploi de la saccharine dans l'alimentation en général, en y introduisant une substance indigeste pour un certain nombre de personnes, pourra avoir des conséquences fâcheuses pour la santé publique.

Il se fait en ce moment de grands efforts pour opérer la substitution de la saccharine au sucre dans une foule d'usages, tels que l'adoucissement des vins aigres, l'édulcoration de la glucose, la fabrication des sirops, etc. Les propriétaires des brevets pour l'exploitation de la saccharine, MM. Fahlberg et List, dont l'usine est à Salbke-Westerhusen, en Prusse, les livrent actuellement au commerce au prix de 130 francs le kilogramme.

Etant donné qu'un gramme de saccharine a un pouvoir édulcorant égal à 280 grammes de sucre, la dépense pour édulcorer 280 grammes de liquide serait de 28 centimes par le sucre, au prix de 1 franc le kilogr.; tandis qu'elle ne serait que de 13 centimes par la saccharine, soit 50 p. 100 moins cher. En raison de cette économie pour le consommateur, l'usage de cette substance, si elle est inoffensive, remplacera le sucre de

cannes et de betteraves à bref délai; et d'autant plus sûrement que son prix de revient peut s'abaisser notablement, toute la question est donc de savoir si elle est digestible ou indigeste. M. Worms incline à penser qu'elle est indigeste, et, par conséquent, nocive.

Il appartient donc à l'hygiéniste d'établir dans quelle mesure la santé publique n'est pas menacée par l'introduction et par la propagation de ce nouveau produit.

La vigilance des pouvoirs publics, d'autre part, ne manquera pas de sauvegarder les intérêts matériels du pays.

M. Dujardin-Beaumetz n'a pas observé, chez les malades auxquels il a ordonné la saccharine, les troubles digestifs dont il vient d'être question. Les diabétiques ont toujours bien supporté ce médicament à une dose journalière de 6 à 10 centigrammes; il observe même une malade qui depuis deux mois sucre non seulement les boissons avec la saccharine, mais encore fait exécuter par sa cuisinière de la pâtisserie avec de la farine de gluten et de la saccharine sans en éprouver le moindre inconvénient.

Cependant, les faits signalés par M. Worms n'en existent pas moins. On peut, pour les expliquer, faire trois hypothèses, invoquer, par exemple, l'impureté de la substance, incriminer le mauvais état des reins, enfin attribuer les troubles gastriques dont il s'agit à la propriété antifermentescible de la saccharine qui entraverait l'action du suc gastrique. Quoi qu'il en soit de la cause de ces troubles, la communication de M. Worms montre l'importance des questions qui se rattachent à la saccharine et à son emploi tant pour les usages médicaux que pour les usages alimentaires et doit attirer l'attention des pouvoirs publics et celle des hygiénistes.

M. Constantin Paul a administré la saccharine à des diabétiques qui s'en sont bien trouvés.

— M. le docteur Amédée Tardieu lit un travail intitulé : *Le fluor dans les eaux thermales du Mont-Dore.*

— M. le docteur Peyraud (de Libourne) lit un travail intitulé : *Note sur la rage.* Ces deux communications sont renvoyées à l'examen de commissions.

— La séance est levée à cinq heures.

FORMULAIRE

Traitement de la péritonite puerpérale. — Spillmann et Ganzinotty.

Pour circonscrire la péritonite puerpérale, appliquer 8 à 10 sangsues *loco dolenti*, si la malade est vigoureuse, des ventouses sèches, si elle est anémiée par des hémorrhagies antérieures. Glace plusieurs jours de suite sans interruption, pour diminuer le météorisme. — Les badigeonnages de collodion élastique étendus sur tout le ventre, agissent aussi contre la douleur. — Le sulfate de quinine est administré à titre d'antipyrétique, de sédatif et d'antiseptique, à la dose de un à deux grammes par vingt-quatre heures. L'opium, en même temps qu'il calme la douleur, fait cesser l'agitation générale et immobilise l'intestin. On le donne à l'intérieur, et on l'administre en injection sous-cutanée. On commence par injecter un centigramme de morphine, et on répète l'opération plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, jusqu'à ce qu'on ait obtenu l'effet désiré. — Comme boisson, des eaux gazeuses, du vin de Champagne, de la bière, des grogs froids ou glacés, ou bien de la glace en nature. — Lavages antiseptiques de la vulve et du vagin. On fait même, si cela est indiqué, le lavage de la cavité utérine. On se sert pour cela d'une sonde à double courant, et d'une solution de bichlorure de mercure au deux-millième, après avoir préalablement introduit le spéculum. — S'abstenir au début d'onguent napolitain, de calomel, de vésicatoires et de purgatifs, qui, en exagérant la contraction intestinale, peuvent favoriser la généralisation de la péritonite. — N. G.

©BIU Santé

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

DISTINCTIONS HONORIFIQUES. — M. le docteur Zoéros pacha vient de recevoir la croix d'officier dela Légion d'honneur.

M. le lieutenant-colonel docteur Alexandre bey a été décoré de la quatrième classe de l'ordre impérial du Medjidié.

M. le docteur Ducas, médecin sanitaire du parloir, a reçu la troisième classe de l'Osmanié.

M. le docteur Couvara, médecin sanitaire, est décoré de la quatrième classe du Medjidié.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — M. Parmentier, interne des hôpitaux, est nommé moniteur des travaux pratiques d'anatomie pathologique, en remplacement de M. Clado, appelé à d'autres fonctions.

— M. Béhal soutiendra, devant la Faculté des sciences de Paris, le 12 avril 1888, à huit heures et demie, pour obtenir le grade de docteur ès sciences physiques, la thèse suivante : « Contributions à l'étude des carbures acétyléniques. »

— Le cours d'accouchements et de maladies des femmes et des enfants de M. le professeur Tarnier (suppléant M. le docteur Ribemont-Dessaignes) aura lieu à dater du 11 avril, à midi un quart, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, les lundis, mercredis et vendredis de chaque semaine.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le vif regret d'apprendre la mort de M. le professeur Planchon (de Montpellier). Notre savant et laborieux confrère était depuis très longtemps professeur à l'Ecole de pharmacie et à la Faculté des sciences de Montpellier, et la Faculté de médecine le comptait depuis plusieurs années parmi ses maîtres les plus aimés. Comme directeur du Jardin des Plantes où il succéda à M. Martins et comme président ou membre actif de toutes les Sociétés scientifiques de Montpellier, M. Planchon avait rendu à ses concitoyens les plus signalés services. Ses études sur le phylloxera ont été particulièrement remarquées. Il était correspondant de l'Académie des sciences et de l'Académie de médecine.

— M. le docteur Rodet, médecin-major de 2e régiment étranger, vient de succomber à Saïda, victime de son devoir professionnel.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 14 avril 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Richelot : Rapport sur la candidature de M. le docteur Rémy; M. Dubrisay : Rapport sur la candidature de M. le docteur Frédet (de Clermont-Ferrand). — 2. M. Auvard : La septicémie d'origine mammaire. — 3. M. Wickham : Pseudo-paralysie générale saturnine. — 4. M. Bédoin : Pansements au papier. — 5. M. Pintaud-Désallées : Uréthrotomie externe.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent de l'appétit et relèvent très rapidement les forces.

VIN DE CHASSAING, (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Compte rendu de la séance annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. — II. Association française pour l'avancement des sciences (Session d'Oran). — III. Bibliothèque : Contribution à l'étude de la taille hypogastrique. — Du chloroforme et de son administration. — IV. Revue des journaux : La métrorrhagie à l'époque de la puberté. — Troubles utérins chez les morphiomanes. — Etude sur le rhumatisme blennorrhagique. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — VI. Formulaire. — VII. Nouvelles de l'étranger. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Des réformes à introduire dans la chirurgie hospitalière.

Association Générale

DE PRÉVOYANCE ET DE SECOURS MUTUELS DES MÉDECINS DE FRANCE.

VINGT-NEUVIÈME ASSEMBLÉE GÉNÉRALE

Tenue a Paris, les 8 et 9 avril 1888, 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 Collègues,

1887 aura été pour l'Association une de ces années qui, selon la belle image de Lamennais, s'en vont vêtues de noir : le commencement et la fin en sont marqués par deux morts cruelles, celles de Gosselin et de Foville, tous deux grands serviteurs et bienfaiteurs de notre fédération confraternelle; et voici que, pour la troisième fois, l'Association est frappée par le coup soudain qui vient d'abattre Martineau.

FEUILLETON

DES RÉFORMES A INTRODUIRE DANS LA CHIRURGIE HOSPITALIÈRE

Sous ce titre, M. le docteur Kirmisson, professeur agrégé à la Faculté de médecine des hôpitaux, vient de publier dans la *Revue scientifique* du 10 mars, un article qui lui a été inspiré par l'état actuel de nos hôpitaux comparé à celui des hôpitaux de divers pays étrangers : l'Angleterre, l'Allemagne, la Suisse, l'Autriche, qu'il a visités soit seul, soit en compagnie de M. le docteur G. Maunoury (de Chartres), ancien interne des hôpitaux de Paris.

Ce n'est pas la première fois qu'on s'élève contre l'état défectueux de nos hôpitaux et qu'on réclame énergiquement les réformes nécessaires, urgentes qu'inspire l'infériorité flagrante dans laquelle se trouve l'installation de nos hôpitaux vis-à-vis de ceux de l'étranger ; infériorité telle, qu'au moment du récent congrès de chirurgie, un de nos jeunes maîtres déclarait ne pas vouloir inviter les membres étrangers du congrès à visiter son service pour ne pas attirer leur attention sur l'état lamentable de son hôpital. MM. Verneuil, Trélat, Le Fort, dans leurs cliniques et à l'Académie, M. Ollier, dans son discours d'ouverture du deuxième congrès français de chirurgie, ont demandé à diverses reprises des améliorations dans les salles de malades et dans les amphithéâtres d'opérations ; MM. Kirmisson, Terrier, L. Championnière, etc., ont maintes fois pris la plume dans

©BIU Santé

M. Gosselin a décliné la pompe des funérailles et les éloges officiels décernés sur la tombe, mais certes il ne s'est pas refusé aux hommages intimes de ses amis, de ses confrères, de ses collègues dans les compagnies dont il était l'honneur (Académie de médecine, Faculté, Institut), et, au lendemain de sa mort, un immense concert de louanges spontanées s'est élevé autour de sa mémoire.

Ce n'est pas le lieu de répéter ici les éloges qui s'adressaient au professeur, à l'orateur, dont l'éloquence facile et limpide était faite de savoir pratique, de bon sens et de modération; à l'écrivain dont l'œuvre est considérable; au clinicien qui a résumé dans un livre magistral une observation hospitalière de quarante années; au chirurgien, conservateur-progressiste, qui patronnait les découvertes nouvelles après les avoir confirmées et étendues par ses propres expériences, et qui, travailleur infatigable, poursuivait ardemment l'espoir de bannir de la chirurgie la souffrance et les dangers; à l'opérateur, qui avait l'acier doux, prudent et sûr.

Ce que nous devons le plus louer dans M. Gosselin, c'est le caractère de l'homme, c'est la dignité et la bonté de sa vie. Par sa simplicité, sa modestie, sa bienveillance, son aménité, il se fit pardonner son mérite et ses succès; plus tard, à mesure que montait sa fortune scientifique, on ne vit dans cette élévation qu'une juste récompense, et, enfin, le Président de l'Institut fut acclamé comme le plus haut représentant de la chirurgie française.

En 1877, alors qu'il était déjà au comble des honneurs, et quoique des occupations multipliées prissent tout son temps, M. Gosselin voulut bien accepter la présidence de la Société centrale; il s'y montra, comme partout, le plus empressé, le plus assidu des sociétaires. Il aimait paternellement l'Association; il en fut le protecteur puissant; il fut un donateur annuel et perpétuel. Lorsqu'il y a deux ans, à bout de forces, il fut obligé de résigner ses fonctions actives, l'Association générale le nomma vice-président honoraire, pour qu'il pût nous servir encore par l'illustration de son nom.

Saluons de notre respectueuse admiration et de nos tendres ressouve-

---

le même but; mais, jusqu'ici, quelques rares chefs de service seulement sont parvenus à obtenir, à force de persévérance et d'énergie, quelques améliorations à l'aide de maigres crédits arrachés par leurs instantes sollicitations à l'administration de l'Assistance publique.

Et, cependant, ce n'est par la construction de nouveaux hôpitaux, des créations de toutes pièces qu'on demande, mais seulement une transformation de l'aménagement actuel. Les vieux hôpitaux, tels qu'ils sont, permettent d'obtenir des résultats excellents dans la pratique chirurgicale, grâce à la vulgarisation et à l'adoption de la méthode antiseptique; mais ce qui leur manque justement, c'est une installation des services qui permette de tirer le meilleur parti possible des nouvelles méthodes d'opérations et de pansements. L'antisepsie ne peut être faite de la manière rigoureuse qui lui est nécessaire à cause de la disposition des murs, des portes et fenêtres, des calorifères, des conduites d'eau, du mobilier, etc., et c'est là ce qu'il faudrait améliorer. Les chirurgiens qui publient chaque année leurs statistiques intégrales ont démontré surabondamment les excellents résultats qu'on pouvait obtenir des quelques améliorations qu'ils avaient introduites dans leurs services; par exemple, M. Terrier: en 1884, la mortalité générale de ses opérés a été de 7 p. 100; en 1885, de 12 p. 100; en 1886, de 8 p. 100; les résultats obtenus à la charité par M. Trélat ne sont pas moins satisfaisants, puisque sa statistique lui a donné une mortalité de 4 et même de 2 p. 100, suivant les périodes.

Ici nous devons faire une remarque. Il ne faudrait pas croire, comme ces chiffres semblent l'indiquer, que la statistique de M. Trélat soit plus favorable que celle de

nances le maître éminent, le bienfaisant confrère dont l'esprit était ouvert à tout et le cœur ouvert à tous; saluons M. Gosselin dont l'existence eut la splendeur du beau et du bon.

A M. Riant, qui a prononcé un touchant discours aux obsèques de Foville, j'ai confié la tâche, triste, et douce à la fois, de retracer la vie si honorable et si utile de notre secrétaire général : c'est M. Riant qui, sur la tombe, a jeté le premier cri de douleur, et l'écho en a retenti dans toutes nos Sociétés locales, qui m'ont adressé l'expression émue de sympathies et de regrets unanimes.

J'ai été (pendant trop peu d'années, hélas!) le témoin le plus proche des hauts mérites et de l'inaltérable dévouement de M. Foville : plus on le voyait à l'œuvre, plus croissaient l'estime, l'attachement.

Avec quelle fermeté, quel courage M. Foville supporta les rigueurs de la redoutable maladie, qui avait miné sourdement l'organisme, et qui s'aggrava rapidement à Cannes, où il se reposait des fatigues d'une inspection dans les asiles d'aliénés du Midi. Force lui fut de revenir à Paris, où le ramena l'épouse dévouée qui l'accompagnait toujours dans ses tournées d'inspectorat, gardienne vigilante et aimante.

Avec quelle résignation stoïque ou plutôt chrétienne, il vit la mort s'approcher, opposant à ses affres les consolations de la foi. J'assistai à la scène déchirante des adieux : péniblement appuyé sur son lit, il était calme au milieu des siens qui tâchaient de cacher leurs larmes; il me serra la main, et, faisant un suprême effort, d'une voix lente, entrecoupée par l'oppression, il m'énonça les termes d'un codicille où il exprimait le désir, qu'après la mort de sa femme, ses héritiers remissent, de la main à la main et sans reçu, au trésorier de notre Association une somme de 10,000 francs. C'est ainsi que Foville s'est endormi dans les espérances éternelles et dans le bien qu'il avait fait; c'est ainsi qu'il a rendu son dernier souffle dans la charité confraternelle.

M. Martineau fut un des meilleurs parmi mes disciples à l'hôpital des

---

M. Terrier, car ces statistique se composent d'éléments qui ne sont pas comparables, les opérations pratiquées par ces deux chirurgiens n'étant pas les mêmes. En effet, M. Terrier, grâce à son excellente installation, a pu pratiquer sur la cavité abdominale un grand nombre d'opérations pour l'ablation de tumeurs diverses, que M. Trélat, à l'hôpital de la Charité, ne veut pas, et avec juste raison, entreprendre; or ces opérations grossissent évidemment le chiffre de la mortalité générale de M. Terrier, dont les résultats, pour les opérations que pratique M. Trélat, sont tout aussi satisfaisants que ceux de cet éminent maître.

La méthode antiseptique et les améliorations encore insuffisantes apportées à l'organisation hospitalière ont donc non seulement diminué le chiffre de la mortalité, mais encore permis de pratiquer des opérations auxquelles on ne songeait auparavant que pour les rejeter. « Toute une branche nouvelle, dit M. Kirmisson, a été ajoutée à la chirurgie opératoire : la chirurgie viscérale. Dans la cavité abdominale, il est bien peu d'organes sur lesquels ne se soit exercée l'activité des chirurgiens; l'utérus, l'ovaire et la trompe de Fallope, la vessie et le rein, l'intestin, l'estomac, le foie et les voies biliaires, la rate elle-même, ont pu être attaqués chirurgicalement. Dans la poitrine, le poumon; au cou, le larynx et le corps thyroïde; au crâne, les méninges et le cerveau lui-même ont supporté des opérations. Et si, dans ces graves entreprises, on a éprouvé des échecs qui ont élevé le taux de la mortalité chirurgicale, il ne faut pas oublier combien de malades leur ont dû le soulagement de leurs douleurs, ou même une complète guérison. » Si donc on a pu reculer les bornes de la chirurgie et diminuer la mortalité à l'aide de moyens

©BIU Santé

Enfants, parmi ces jeunes amis que me donnait l'internat par une floraison annuelle, et dont je devinais et protégeais volontiers la gloire naissante. Nommé médecin du Bureau central en 1872, il entrait, en 1877, à l'hôpital de Lourcine. Il se voua dès lors à l'étude des maladies spéciales qui sont traitées dans cet établissement; travailleur persévérant, observateur exact et consciencieux, clinicien exercé, il écrivit, il enseigna avec talent et succès, et finit par se placer aux premiers rangs parmi les gynécologistes français.

Elu vice-secrétaire en 1868, il mit au service de notre Communauté laïque son activité, son esprit organisateur, et il gagna vite l'amitié des confrères par son affabilité et son obligeance. Depuis quelques années, il s'était chargé seul de la composition de l'*Annuaire* qui signale au monde des médecins nos actes tutélaires, et il avait su en faire le livre d'or de l'Association.

Pendant vingt ans il remplit ses fonctions avec un zèle qui ne se ralentit jamais : les effroyables accès d'une affection cardiaque, laquelle éclata le 31 décembre et l'emportait deux mois plus tard, le surprirent au milieu du travail d'impression de l'*Annuaire*; après une accalmie de plusieurs semaines qui donnait l'espoir de la guérison, dans la soirée du 13 mars, il mourait en quelques minutes par syncope. Le matin même de ce jour néfaste, il me parlait des préparatifs de la fête d'aujourd'hui, et il organisait le banquet familial auquel il ne devait pas s'asseoir.

Dès le premier assaut de la maladie, M. Martineau pensa aux confrères malheureux, et, entre deux crises menaçantes, il écrivit à la hâte une lettre qui ne devait être ouverte qu'après son décès : dans cette lettre, il priait sa mère de léguer à notre Caisse de secours l'héritage modeste qu'il lui laissait, témoignant ainsi d'un attachement égal et pour sa mère et pour l'Association.

Messieurs, réunissons dans l'hommage de nos afflictions et de notre gratitude les trois chers absents que vos yeux cherchent en vain à mes

---

imparfaits, combien n'est-on pas autorisé à espérer faire mieux encore en améliorant les moyens d'action et à réclamer avec plus d'insistance les améliorations nécessaires !

Les réformes à faire portent sur l'installation générale des salles et des amphithéâtres d'opération, et, en outre, dans l'éducation du personnel inférieur chargé de la tenue de ces salles et des soins accessoires à donner aux opérés.

« Des salles de malades, dit M. Kirmisson, et avec lui la grande majorité des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris, il faut bannir tout d'abord l'encombrement qu'y créé la présence de lits supplémentaires vulgairement appelés *brancards*, et qui consistent tout simplement en matelas entassés sur le sol. Et qu'on n'invoque pas la nécessité de recevoir et de soigner tous les malades qui se présentent à l'hôpital; c'est là de la charité mal comprise. Il vaut mieux secourir un plus petit nombre de blessés, que de compromettre la vie de tous les malades d'une même salle par l'encombrement. Ces lits supplémentaires recouvrant le sol empêchent le nettoiement des salles, où les impuretés de toutes sortes s'accumulent. En outre, à cette augmentation du nombre des malades ne correspond pas une augmentation dans le personnel; on ne multiplie ni les infirmiers, ni les externes, ni les internes. Deux infirmiers qui, en temps ordinaire, doivent donner leurs soins à 40 ou 50 malades (ce qui est déjà exagéré), deviennent absolument impuissants quand il s'agit d'en soigner 60 ou 65. De même, pour les élèves des services; de là des négligences inévitables dans les soins donnés aux malades et dans les pansements; de là l'éclosion d'accidents, qui, grâce à la contagiosité, infectent bientôt une salle tout entière. La première réforme à introduire,

côtés. Demeurons fidèles à leur mémoire; qu'invisibles, ils nous soient toujours présents; qu'ils revivent au fond de nos âmes, car, ainsi que l'a dit le poète :

Les morts ne sont pas morts pour ceux qu'ils ont aimés.

Chers confrères, la prospérité continue de l'Association, qui se marque tous les ans par un accroissement du nombre de ses membres et une augmentation de sa fortune, apporte quelque adoucissement à nos tristesses. La richesse de l'Association croîtra notablement cette année par la délivrance du legs de 100,000 francs du docteur Roth. Médecin hongrois, M. Roth vint exercer à Paris en 1832, au moment de l'invasion du choléra : il fit courageusement son devoir dans cette épidémie qui, aussi prompte en ses ravages et aussi terrible que la peste noire, dépeupla les quartiers misérables de la ville.

En 1850, il concourait pour l'un des prix de l'Académie de médecine; M. Germain Sée obtint, par son beau mémoire sur la chorée, la première récompense, et la seconde fut accordée à M. Roth dont la monographie, bien qu'inachevée faute de temps, parut et est en effet très remarquable.

Malgré ces favorables commencements, et malgré l'espoir assuré de conquérir à Paris une place élevée parmi les docteurs étrangers, M. Roth ne se livra pas longtemps à la pratique de la médecine, et un goût prononcé pour les arts l'en éloigna bientôt.

Il a voulu que sa fortune fût partagée par moitié entre l'OEuvre de l'Hospitalité de nuit et l'Association; ses deux frères ont été des exécuteurs testamentaires fidèles et empressés. Merci à ces amis inconnus à qui nos déshérités devront ce magnifique héritage! Dans sa jeunesse médicale, M. Roth semble avoir été partisan de la doctrine des infiniment petits : ce qui est certain, c'est qu'au déclin de sa vie le compatissant docteur a traité le mal de misère par l'or à doses massives.

M. Brun vous communiquera tout à l'heure la liste complète des bienfai-

---

c'est donc d'éviter l'encombrement en ne plaçant dans une même salle que le nombre de malades auquel elle est primitivement destinée, celui que les lois de l'hygiène générale lui permettent de contenir. Et la chose est plus aisée qu'on ne le croit; qu'on dirige sur les hospices tous les vieillards, les infirmes, les incurables, qui encombrent indûment nos services; qu'on traite, dans des consultations externes bien organisées, toutes les petites blessures, les affections légères qui ne réclament pas nécessairement l'entrée du malade à l'hôpital, et nos salles actuelles seront parfaitement suffisantes.

« Une autre réforme, qui n'est pas moins urgente, consiste dans l'adjonction à tous nos services de chirurgie de salles d'isolement, qui doivent être de deux ordres : Les unes destinées aux malades qui ont subi de graves opérations, qui ont besoin du calme et de la tranquillité nécessaires pour éviter les accidents fébriles et leur procurer du repos. Il faut soustraire ces malheureux au tumulte que soulève dans une salle, au milieu de la nuit, l'arrivée d'un blessé qui pousse des cris plaintifs, d'un ivrogne tombé sur la voie publique, ou d'un malade en proie au délire. Les autres salles d'isolement doivent être réservées aux malades atteints d'affections septiques contagieuses, infection purulente, érysipèle, septicémie. »

Enfin M. Kirmisson demande encore qu'on groupe les malades d'un même service autour de la même salle d'opérations, pour leur éviter de traverser de longs couloirs, des cours non abritées, où ils sont exposés aux courants d'air et aux intempéries en allant ou en venant des salles à l'amphithéâtre.

Dans les amphithéâtres d'opérations il faut tout d'abord un bon éclairage. Le meilleur

©BIU Santé

teurs dont les libéralités ont grossi notre trésor en 1887 : ce sont, pour la plupart, des donateurs à répétition, pieusement obstinés à l'assistance confraternelle; ce sont, comme d'habitude, nos fonctionnaires dont le désintéressement et la générosité sont inamovibles.

Plusieurs, s'inspirant d'un conseil d'outre tombe d'Amédée Latour, ont fêté un événement heureux par un don à la Caisse des pensions : ainsi M. Wannebroucq, doyen de la Faculté de Lille, récemment élu correspondant de l'Académie de médecine; ainsi M. Péan, le chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, à l'occasion de sa nomination académique : contribuable de rare espèce, il a quintuplé pour 1888 les fortes impositions pour lesquelles il s'est inscrit lui-même et qu'il verse à notre percepteur, sans attendre l'avertissement.

Nous avons aussi à remercier des bienfaitrices : Mme Bernutz, par un présent à nos affligés, vient de perpétuer dans l'*Annuaire* le nom très honoré de son mari, médecin des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et qui s'était affilié à la Société centrale dès sa fondation.

Mme Gosselin a pensé que l'allégement le plus certain à sa douleur était le secours à nos malheureux : sa largesse a été de 6,000 francs; elle s'est associée, par de là le tombeau, aux bienfaits de son époux, et leur union, brisée par la mort, s'est renouée par le bienfait.

M. le docteur René Marjolin, dont les incessantes libéralités s'adressent surtout à l'enfance et aux associations médicales, vient de créer deux places à l'Asile Sainte-Hélène, pour y élever des jeunes filles de médecins membres de l'Association générale ou de l'Association de la Seine. Dans cette nouvelle création, il a eu naturellement pour complice Mme Marjolin.

Parmi les noms des bienfaitrices de l'Association rayonne celui de Mme la baronne Cloquet : elle est la consolatrice de nos affligés; elle en est la patronne prévoyante et constante; elle leur a constitué des rentes perpétuelles. Bénédictions infinies à ces gracieuses protectrices, gratitude éternelle à ces bonnes et tendres épouses qui cultivent si noblement la charité, cette fleur des âmes!

---

mode, d'après M. Kirmisson, est celui dans lequel la lumière vient à la fois d'en haut par une large baie ménagée dans le plafond et, sur un des côtés, par une des parois munies de fenêtres; les gradins doivent être adossés à cette paroi; car, ainsi, l'opérateur, en se tournant vers ses élèves, se tourne en même temps du côté du jour, et les élèves peuvent assister à l'opération sans quitter leurs places. Il faut, pour que la pièce soit facilement nettoyée, éviter les angles et les rainures, revêtir les murs d'un enduit qui permette de les laver fréquemment; munir la salle de réservoirs d'eau filtrée, d'eau chaude et froide; elle doit posséder un appareil pour chauffer le linge, une étuve à désinfection, des récipients renfermant les diverses solutions antiseptiques, des injecteurs pour laver la plaie pendant les opérations, etc., détails qui sont parfaitement précisés à l'heure actuelle et sur lesquels il est inutile d'insister. Il faut encore un puissant éclairage artificiel qui permette de pratiquer les opérations d'urgence pendant la nuit, une salle d'attente chauffée pour les opérés, un cabinet où l'opérateur et les aides puissent changer de vêtements, etc.

Le personnel des infirmiers chargés de ces salles doit être instruit spécialement à tout ce qui touche la pratique de la chirurgie, l'hygiène hospitalière, le maniement des substances antiseptiques, connaître et apprécier tous les mille petits détails de la méthode.

Ces réformes seront peu coûteuses. M. le docteur Maunoury, à son retour de ses voyages avec M. Kirmisson, a obtenu carte blanche du conseil des hospices de Chartres pour la construction d'une salle d'opération d'après les principes de l'antisepsie, et cette construction et l'aménagement de la salle n'ont pas coûté plus de 9,900 francs. M. Mau-

Chers collègues, ne nous abandonnons pas au découragement: nos pertes immenses, il faut les réparer; à nos fonctionnaires irremplaçables, il faut chercher (et le Conseil espère les avoir trouvés) de dignes successeurs. Redoublons d'efforts pour le salut de notre fédération amicale, redoublons de dévouement à l'Association. Les chefs de notre république peuvent mourir, mais notre république est immortelle. Elle se maintiendra tant qu'elle gardera intacts les principes et les sentiments sur lesquels elle a été fondée et qui ont fait sa prospérité, sa force et sa grandeur.

Que toujours la concorde règne dans les Sociétés locales de France et d'Algérie et dans l'Association tout entière, et que d'un bout de la France à l'autre les cœurs de nos frères se répondent. Prêtons-nous mutuellement assistance; aidons-nous de toutes les énergies de la solidarité; tendons la main aux faibles et ayons sympathie et pitié pour leurs afflictions; souvenons-nous que faire du bien aux autres, c'est s'en faire à soi-même. Enfants de la même famille, unissons-nous plus étroitement que jamais par les liens de cette noble et douce confraternité qui nous protège et nous grandit les uns les autres. Répétons avec Lamartine :

Aimons-nous, nos rangs s'éclaircissent,
Que nos pauvres âmes s'unissent
Et se serrent plus tendrement;
Aimons-nous.

Exposé de la situation financière de l'Association générale par M. Brun, Trésorier :

Messieurs,

Les deuils de l'Association générale qui, pendant le dernier exercice a fait des pertes si cruelles, n'ont pas troublé son fonctionnement et la prospérité financière de l'Association n'a pas cessé d'augmenter par la bonne fortune que nous avons eu de recevoir un acompte de vingt mille francs sur le legs du docteur Roth et d'encaisser le legs de dix mille francs du docteur Oulmont, sans compter le gain du procès que nous avons

---

noury, qui a donné une description très détaillée de sa création dans le *Progrès médical* de cette année, fait à ce propos les réflexions suivantes :

« Lorsqu'un chirurgien, voulant faire construire une salle d'opérations, aura définitivement arrêté son plan, je crois qu'il devra en surveiller lui-même l'exécution à chaque instant, s'il ne veut pas se préparer de nombreuses déceptions. Il va sans dire qu'il ne peut diriger lui-même les travaux. L'architecte a des problèmes spéciaux à résoudre comme nous avons les nôtres, et si nous lui refusons toute autorité pour apprécier l'importance des dispositions que nous réclamons, nous n'avons, de notre côté, aucune compétence pour juger de la valeur des matériaux, pour établir un devis ou pour donner des ordres aux ouvriers. Ce qu'il faut, c'est une collaboration étroite du chirurgien et de l'architecte, tout en mettant au premier rang le but à atteindre et en reléguant au second les moyens de l'atteindre. C'est dire que le chirurgien, qui seul connaît bien ce but, qui seul est à même de juger si telle disposition lui sera utile ou nuisible, devra suivre pas à pas l'architecte et bien veiller à ce que rien ne vienne compromettre le résultat cherché. Tel détail, qui pour nous est de la plus haute importance, peut être regardé par l'architecte comme négligeable, et, si nous ne sommes pas là pour donner notre avis au moment voulu, il peut en résulter une faute irréparable qu'il eût été, avec un peu de surveillance, très facile d'éviter. C'est dire que, si des salles analogues doivent être construites dans nos grands hôpitaux, il faudra, si l'on ne veut pas faire une œuvre stérile, éviter à tout prix d'en soumettre les projets à ces toutes-puissantes commissions qui sont en train de nous ruiner et de nous rendre ridicules en couvrant Paris de mo-

©BIU Santé

soutenu pour les legs du docteur Eugène Forget, consistant en la nue propriété d'un titre de rente de 3 p. 100 de 900 francs représentant un capital de vingt mille francs.

Les Sociétés locales ont fonctionné régulièrement. Près de trois cents membres nouveaux sont entrés dans l'Association pour lesquels la Caisse générale a encaissé comme droits d'entrée la somme de 3,504 francs.

Le dixième des cotisations et revenus a produit la somme de 12,194 fr. 03 c. et les Sociétés ont remboursé à la Caisse générale pour Annuaires la somme de 5.701 francs.

Si à l'ensemble d'une somme de 21,399 fr. 03 c. nous ajoutons l'intérêt de la réserve de 81,670 fr. que nous possédons à la caisse des Dépôts et Consignations, soit 3,675 fr. 15 c. et le reliquat de l'Exercice précédent de 6,668 fr. 13 c. le Conseil général a eu la disposition de la somme de 31,742 fr. 31 c. dont il a réglé l'emploi comme suit :

EMPLOI ET DÉPENSES

Les frais d'administration, impressions, circulaires, frais de trésorerie et secrétariat ont absorbé la somme de 2,303 fr. 20.

Le loyer et les frais accessoires, contributions, etc., ont causé une dépense de 812 fr. 62 c.

Il a été employé en frais divers et gratifications la somme de 987 fr. 50 c.

Dans cette somme se trouve comprise celle de 300 francs pour contribution à la médaille frappée en l'honneur du professeur Léon Gosselin à qui nous devions ce témoignage de gratitude pour les services qu'il a rendus à l'Association et pour la générosité de Mme Gosselin qui a versé en don à notre Caisse de pensions la somme de six mille francs en souvenir de son époux bien regretté, notre éminent vice-président du conseil général.

L'Annuaire nous a coûté pour impression et distribution la somme de 6,669 fr. 40 c.

Bon nombre de Sociétés le distribuent gratuitement à leurs Sociétaires comme l'a fait de tout temps la Société centrale, mais quelques Sociétés sont peu empressées à la souscription de ce recueil si intéressant des travaux de l'Association et si propre à faire connaître ses œuvres et sa situation.

Les subventions aux Sociétés locales et autres ont nécessité un déboursé de 4,200 fr.

Quelques Sociétés locales, alors que déjà la Caisse des pensions leur vient si grandement en aide, ont trop de respect pour leur réserve et sollicitent des subventions de la Caisse générale, alors qu'elles ont à leur disposition des sommes bien plus que suffisantes pour répondre aux exigences de la situation.

---

numents dont les façades coûtent des millions, mais dont l'intérieur est disposé sans la moindre intelligence des besoins à satisfaire. »

En approuvant cette appréciation sévère, mais juste, de l'œuvre de la plupart de nos architectes actuels, M. Kirmisson ajoute :

« La chirurgie française ne saurait être entravée dans son essor par des conditions matérielles pures et simples. Il ne faut pas que les étrangers puissent nous jeter à la face notre prétendue infériorité et notre décadence, à propos de questions dans lesquelles ni la valeur intellectuelle de nos chirurgiens ni leur dévouement ne sont en jeu. Et le moment est singulièrement propice pour faire entendre nos réclamations, puisqu'une généreuse donatrice (Mme Boucicaut), par un legs dont on ne saurait trop admirer l'ordonnance, empreinte à la fois de la charité la plus noble et de l'intelligence la plus élevée, vient de laisser à l'Assistance publique 2 millions dont l'affectation spéciale n'a pas été spécifiée. Qu'on prenne sur cette somme 500.000 francs pour les réformes urgentes à introduire dans nos services de chirurgie ; on rendra un service immense à nos malades et à la chirurgie de notre pays ; on répondra de la façon la plus utile et la plus éclairée à la pensée qui a présidé à cette généreuse donation. »

Nous soumettons ces réflexions aux personnes qui seront appelées à intervenir dans la solution, encore très éloignée probablement, de ces intéressantes questions.

L.-H. Petit.

La Caisse générale a payé pour frais judiciaires la somme de 670 francs versés pour le pourvoi en cassation dans l'affaire concernant le secret médical.

Enfin la Caisse générale a fourni à la Caisse des pensions la subvention ordinaire de 12,000 francs.

Toutes ces sommes réunies ont formé un total de 27,742 fr. 72 qui, avec la somme de 3,999 fr. 59 c., restée en caisse du trésorier pour les premiers besoins du nouvel exercice, forment un total général de 31,742 fr. 31 égal au total des sommes encaissées.

CAISSE DES PENSIONS DE RETRAITES

Au 1er avril de l'an dernier l'avoir de la Caisse des pensions de retraites était de 1,018,897 fr. 41.

Pendant le dernier exercice cet avoir s'est augmenté de la somme de 85,827 fr. 25 ; il est donc aujourd'hui de 1,104,724 fr. 66 c.

L'augmentation du capital de la Caisse des pensions provient des dons et legs pour la somme de 44,875 fr., de versements par les Sociétés locales et la Société centrale pour 17,017 fr. 42 c., de la subvention de la Caisse générale de 12,000 francs, du produit des rentes constituées au profit de la Caisse, pour 2,771 francs et, enfin, pour intérêts capitalisés à notre compte de fonds de retraites à la Caisse des Dépôts et Consignations pour 9,109 fr. 83 c.

Nous avons déjà mentionné les legs des docteurs Roth et Oulmont, nous avons signalé le don généreux de 6,000 francs de Mme Gosselin. Nous avons encore encaissé le don de M. Péan, 1,200 francs ; celui de M. Emile Vidal, 1,100 francs. Un don de 1,000 fr. de MM. Lannelongue et René Marjolin ; et ceux de 500 francs de MM. Roger, Ricord, Cazeneuve, Horteloup et Abadie. Nous avons encore reçu d'autres sommes moins importantes de vingt-cinq donateurs, dont les noms seront inscrits dans notre Annuaire, avec les sommes versées par chacun d'eux.

Le capital de la somme de 1,104,724 fr. 66 c., appartenant à notre Caisse des pensions, est réparti comme suit :

1° 865,376 francs à la Caisse des retraites de la vieillesse, pour le service de 65 pensions.

2° 233,726 fr. 47 c. à notre compte de fonds de retraites, à la Caisse des Dépôts et Consignations, pour le service des nouvelles pensions à créer.

3° 5,622 fr. 19 en caisse du Trésorier.

Et comme l'avoir de la Caisse générale est de 85,699 fr. 59 c., il en résulte que l'avoir total de l'Association générale, non compris l'avoir particulier des Sociétés locales et de la Société centrale, est de 1,190,394 fr. 25 c.

Après cet exposé, M. L.-G. Richelot, chargé du rapport sur la gestion financière du Trésorier, prononce une courte allocution que nous avons reproduite dans notre numéro de mardi dernier, et rappelle que M. Brun a reçu du ministre de l'intérieur une médaille d'or pour son dévouement à l'Association générale.

Compte rendu général sur la situation et les actes de l'Association pendant l'année 1887, par M. Riant, membre du Conseil général.

Situation et actes de l'Association générale pendant l'année 1887.

M. Riant rappelle d'abord les pertes que l'Association a faites pendant l'année écoulée : Achille Foville, Secrétaire général ; Gosselin, membre du Conseil général ; Martineau, Secrétaire ; Lenoir-Dufresne, Président de l'Association de l'Orne ; Pierre Bertrand, Président honoraire de l'Association du Puy-de-Dôme ; Emile Vibert, Président de l'Association de la Loire et de la Haute-Loire ; Benoist, Président honoraire des Côtes-du-Nord.

M. Riant souhaite ensuite la bienvenue aux nouveaux Présidents : Mignot (Nièvre), Leroux (Seine-et-Oise), Cazeneuve (Nord), réélu pour la sixième fois.

©BIU Santé

M. Riant rappelle l'accroissement qu'ont pris cette année plusieurs Sociétés locales, les largesses de nombreux confrères, les chiffres éloquents du rapport financier de M. Brun ; puis il examine les principales questions étudiées par les Sociétés locales pendant l'année écoulée. Ces questions sont les suivantes :

Médecine gratuite des indigents dans les campagnes.

Un très grand nombre de comptes rendus témoignent des efforts faits par les Sociétés locales pour arriver à assurer dans les campagnes une assistance qui y fait trop souvent défaut.

A propos des regrets exprimés par la Société de l'Aisne sur l'abandon de la médecine gratuite dans presque toutes les communes, M. Dupuy demande au Conseil général d'étudier la question.

De son côté, le Président de la Société du Jura, M. Guichard, s'exprime en ces termes :

« Nous sommes tous témoins des difficultés qui nous arrêtent, lorsque nous donnons nos soins aux indigents dans les campagnes. Nous savons tous que le véritable obstacle siège dans la seule question budgétaire.

« C'est pourquoi j'ai pensé qu'il y aurait intérêt à étudier le mode de médecine gratuite adopté chez nos voisins de Saône-et-Loire, et qui consiste à réunir en un seul faisceau :

« 1° La médecine cantonale ;

« 2° Le service de la protection des enfants du premier âge (loi Roussel) ;

« 3° Les vaccinations.

« Ces trois services seraient confiés au même médecin, dans chaque circonscription. Les différents budgets, affectés déjà à deux de ces modes d'assistance, devraient être accrus, il est vrai, d'une bien faible allocation des communes, et c'est là que réside toute la difficulté. »

Honoraires des médecins experts.

La Société de Vaucluse avait soulevé une difficulté relative au chiffre des honoraires des médecins experts.

On sait que, d'après le décret du 18 juin 1811, contenant règlement et tarif des frais en matière criminelle, les honoraires des médecins, pour chaque visite et rapport, sont fixés à 5 francs dans les villes de 40,000 âmes et au-dessus, et à 3 francs pour les autres villes. Le médecin expert ayant été requis à Avignon, ville de 41,007 habitants, prétendait qu'il lui était dû 5 francs ; mais le procureur de la République, pour le taxer à 3 francs, s'appuyait sur différents textes, en vertu desquels une ville comme Avignon, défalcation faite du chiffre de la garnison, des prisons, de l'asile, etc., ne présentait plus qu'une population inférieure à 40,000 habitants. Ces textes étaient-ils bien applicables dans l'espèce ?

Le Conseil général, consulté, s'est empressé de faire examiner la question. Malheureusement, après informations prises au ministère de la justice, il a fallu reconnaître que la prétention du procureur de la République d'Avignon était conforme à la jurisprudence et aux règlements formels émanés du ministère. C'était dur pour la profession ; mais c'était la loi. Quand changera-t-elle ?

Secret professionnel.

La Société des Landes nous a signalé un fait très intéressant :

« Sommé par l'autorité de manquer au secret professionnel, nous voyons un confrère assister à toutes les suggestions, et, énergiquement soutenu par la Commission administrative des Landes, dans sa détermination à respecter le secret médical, finir par triompher des prétentions de la magistrature, grâce à sa fermeté et à ce précieux concours.

« Un de nos confrères reçoit un jour la visite d'un brigadier de gendarmerie qui se présente chez lui pour lui demander quelques renseignements relatifs à une prétendue affaire d'empoisonnement. Notre confrère répond que les faits qu'il a connus, il ne les a

connus que dans l'exercice de sa profession, par le seul fait de sa profession même, et il renvoie le gendarme sans vouloir parler.

« Au gendarme succède le juge de paix du canton : à même question, même réponse.

« Quelques jours plus tard, notre confrère reçoit invitation à comparaître par-devant le chef du parquet de son arrondissement. Ce magistrat insiste bien plus que ne l'avaient fait les autres officiers de police judiciaire, et il finit par menacer notre collègue de lui faire appliquer l'article 88 du Code d'instruction criminelle pour refus de témoignage. Celui-ci, fort de son droit, maintient ses premières réponses, et se retranche, plus que jamais, derrière le secret professionnel.

« C'est après cette troisième tentative que notre confrère expose la question à votre Commission administrative et lui demande son avis.

« Votre Commission, après avoir examiné l'affaire, fait savoir à notre collègue qu'il a parfaitement agi, qu'elle l'engage à persister dans son refus de parler, et qu'elle le prie instamment de la tenir au courant de la suite de l'affaire, bien décidée qu'elle est à le défendre, si les menaces déjà faites sont mises à exécution.

« Les magistrats comprirent probablement qu'ils avaient outrepassé leur droit et méconnu celui des médecins, puisque l'affaire en question vint aux débats publics, sans que notre confrère ait été de nouveau appelé à témoigner. »

Honneur au vaillant confrère qui a soutenu victorieusement ce siège héroïque, et est resté fidèle au devoir envers et contre tous. Honneur à la Commission administrative qui a apporté son appui moral à la défense du droit et de la vérité !

Exercice illégal de la médecine.

Nous n'en avons pas fini, — est-il besoin de le dire? — avec l'éternelle question de l'exercice illégal de la médecine.

Si quelque esprit confiant avait pu conserver l'illusion que la bêtise humaine allait diminuer par le développement de l'instruction généralisée, obligatoire, il suffirait de lui montrer que l'audace et le succès des charlatans ne se sont nullement ralentis : ce phylloxera de la profession n'a pas encore trouvé le parasiticide qui doit l'arrêter, ni même, paraît-il, atténuer ses ravages.

M. le docteur Guichard, Président de la Société locale des médecins du Jura, cite le fait suivant dans le rapport de l'Assemblée générale de sa Société :

« Il y a quelques semaines à peine, une empirique étrangère, une rebouteuse d'Italie, la signora Marchevini Regina, venait s'installer à Dôle et y apporter ses lumières; une réclame habile forçait l'attention du public. La signora se présentait avec de nombreux certificats; aucun cas ne devait résister à ses soins; ses études mêmes expliquaient la supériorité de sa méthode. De professeur, elle n'en avait point voulu; sa mère seule avait été son maître, et c'était cette mère si dévouée qui enseignait à sa fille une science à laquelle elle avait toujours été absolument étrangère. Malgré vous, ne songez-vous pas à cet autre rebouteur, du Jura également, à ce personnage célèbre aussi dans son genre, qui répète à qui veut l'entendre : « Mon père m'a appris le métier dès l'enfance; tout petit, il me faisait jouer avec des os de mort? »

« Quoi qu'il en soit, tout le tapage mené par la signora attira l'attention de nos confrères de Dôle et en même temps celle du Parquet : une poursuite eut lieu. Comme à l'ordinaire, une condamnation intervint; cette condamnation, vous la connaissez d'avance, c'est l'amende unique, *ne varietur*, l'amende du rhabilleur, celle que les tribunaux appliquent constamment dans ce genre de procès.

« Un franc d'amende, voilà la pénalité qu'encourt l'exercice illégal, alors qu'il est le plus nettement établi, alors surtout qu'il est pratiqué, non par un compatriote, mais par une étrangère! »

Vous saurez, messieurs, sans étonnement, mais non sans plaisir, que le Conseil d'administration de l'Association de la Loire et de la Haute-Loire a veillé, cette fois encore avec succès, à la défense des intérêts professionnels du corps médical. » Dans les premiers jours de juin 1887, dit le Secrétaire de la Société locale, des journaux de Saint-Étienne et de Lyon signalaient, par leurs réclames, la venue dans la première de ces

©BIU Santé

villes d'une somnambule, extra-lucide, accompagnée d'un barnum, le docteur Antonio. A notre requête, l'administration préfectorale voulut bien faire vérifier le diplôme du soi-disant docteur. Le résultat de cette tentative d'exploitation du public avec un titre usurpé a été une condamnation à 100 francs d'amende pour le magnétiseur et à 50 francs pour le médium, sans compter les frais.

« Un rebouteur de l'arrondissement de Roanne, que nous avions déjà eu l'occasion de signaler l'année dernière au Parquet, a été récemment poursuivi d'office, et condamné à 30 francs d'amende et 100 francs de dommages-intérêts. Nous tenons à relever cette initiative, à laquelle les magistrats ne nous ont point habitués, et à en tirer meilleur augure pour l'avenir. »

— Un médicastre dangereux exerçait ses funestes pratiques dans la vallée de l'Isère. Grâce à l'intervention officieuse du Président de la Société locale auprès du Parquet de Grenoble, il a été obtenu contre ce charlatan une condamnation sérieuse, aggravée de 200 francs de dommages-intérêts, et d'une indemnité qu'il a dû payer à une de ses victimes.

— M. le Président de la Société locale des Bouches-du-Rhône rapporte « qu'un nommé X..., porteur d'un diplôme étranger, mais n'ayant aucun diplôme français, s'était imaginé qu'il pouvait mettre impunément, sur sa porte, une plaque de docteur en médecine. Cette infraction ayant été signalée, une plainte fut déposée par le Président; le Parquet ne tarda pas à faire droit à cette réclamation : quelques jours après, la plaque avait disparu. »

Exploitation du médecin par ses clients.

Si le médecin, en lutte avec le charlatan, ne trouve en général, dans la loi et la jurisprudence, qu'une protection incertaine, illusoire, n'est-il pas encore trop souvent victime de la mauvaise foi de ceux qu'il a soignés, ou, disons-le, de l'excès de son dévouement? C'est dans cette même générosité, où il met son honneur, qu'il trouve la ruine.

Permettez-moi d'emprunter au rapport de M. le Secrétaire général de la Société du Nord une histoire, peu édifiante... pour un patron; mais où le médecin conserve le beau rôle devant la morale, comme devant le droit, alors même qu'il est débouté par le tribunal de sa juste réclamation d'honoraires; il est telle défaite qui est plus honorable qu'une victoire!

« Dans le courant de l'été dernier, un de nos associés fut, dans sa tournée de visites, appelé sur la route par un industriel; celui-ci le mena auprès de l'un de ses domestiques qui venait d'être blessé. Il s'agissait d'une fracture ouverte de l'extrémité inférieure du tibia, communiquant avec l'articulation. Des soins furent donnés au blessé, qu'on avait transporté à son domicile, situé à 3 kilomètres de la demeure du médecin. Celui-ci alla, pendant sept à huit mois, plusieurs fois par semaine, faire des pansements. Il fallut placer des appareils variés, faire des contre-ouvertures, établir des drainages, souvent sous le chloroforme, en un mot, exécuter tout ce qui comporte le traitement d'une aussi grave blessure. Le patron assista à plusieurs pansements. Lorsqu'il rencontrait le médecin, il lui demandait des nouvelles du blessé. Notre confrère, considérant ces démarches comme une manifestation suffisante des intentions du patron, eut le tort de ne pas se faire donner par l'industriel un engagement formel par écrit (*scripta manent*).

« Lorsque la guérison a été obtenue, avec conservation du membre et rétablissement complet des fonctions, le médecin, rencontrant un jour le patron, lui parla de ses honoraires. Déjà un peu refroidi par cette ouverture désagréable, l'industriel l'invita cependant à lui adresser la note. Mais au vu de cette note qui se montait, je crois, à 600 francs, il déclara qu'il ne devait rien, et qu'il n'avait nullement appelé le médecin à donner au blessé toute la série de soins que celui-ci avait prodigués pendant six mois.

« Notre Conseil judiciaire, consulté, estima que l'affaire pouvait se plaider. Elle fut plaidée en effet; et le tribunal décida que, comme il n'y avait pas de preuve établissant que le patron eût appelé le médecin à traiter le blessé, notre confrère serait débouté de sa demande et devrait, par surcroît, acquitter 206 francs de frais judiciaires. »

« La morale de cette histoire, c'est qu'en pareil cas, après avoir donné au blessé les premiers soins que l'humanité commande, il faut, avant de continuer le traitement, exiger du patron un engagement formel et écrit. »

Efficacité de l'assistance morale de l'Association.

« Si quelqu'un pouvait en douter, dit M. Burdel, Président de la Société locale du Cher, je n'aurais qu'à citer, parmi tant d'autres faits, celui qui s'est passé dernièrement dans le département de l'Allier, alors que le Conseil général de l'Association a prêté son assistance à l'un de nos confrères, que le tribunal de première instance avait condamné à payer, comme responsable, une somme énorme en dommages-intérêts, condamnation qui pouvait compromettre sa vie médicale et le ruiner, lui et sa famille. »

« Un confrère, dit le compte rendu d'Ille-et-Vilaine, exerçant la médecine dans l'arrondissement de Rennes, a vu contester par son client son mémoire d'honoraires, et a été ensuite profondément blessé par la réduction que lui a fait subir un juge de paix. Notre confrère a soumis ce mémoire à l'appréciation du Comité, qui lui a donné sa complète approbation, et a déclaré, dans une consultation motivée et signée du bureau, que « M. le docteur... n'avait pas dépassé dans sa note ce qui lui était dû, et ce qu'il est d'usage, dans le département et dans le pays où il exerce, de demander en pareille occurrence.

« Fort de cet appui, M. le docteur... a fait appel du premier jugement, a obtenu gain de cause, et a remercié le Comité, qui est heureux et fier de l'issue de cette affaire. »

Ai-je besoin de demander, avec l'honorable Président de la Société de Laon, Vervins et Château-Thierry, ce que pensent de l'Association « certains médecins poursuivis comme responsables des suites d'une opération et condamnés à des dommages-intérêts variant de 15 à 20,000 francs, ce qu'ils doivent de reconnaissance à une Association qui, prenant leur affaire en mains, a pu faire réformer le jugement des premiers juges, et les faire exonérer de frais qui auraient entraîné leur ruine? »

Amie fidèle dans les mauvais jours, l'Association a mille moyens ingénieux de nous témoigner sa sympathie dans les jours heureux.

Quoi de plus touchant et de plus confraternel que cette réunion de famille, organisée par leurs confrères, en l'honneur du cinquantenaire médical des docteurs Bonnain et Reverdil, les deux doyens du corps médical du département des Deux-Sèvres.

Il faut entendre le docteur Bonnain, Vice-Président de la Société locale, parler du temps éloigné (1836) où il est venu s'établir à Moncoutant. Alors, pas un pauvre centimètre de chemin vicinal, pas un malheureux millimètre de route départementale dans la contrée, riche en bourbiers et en torrents. « Pendant vingt-cinq ans, dit-il, j'ai dû subir une besogne que la génération contemporaine aurait bien de la peine à s'imaginer!... A cheval du matin au soir, et bien souvent du soir au matin.

» Un jour de grande crue que je traversais le torrent à genoux sur ma selle, ainsi que cela m'arrivait souvent, j'avais eu le malheur d'être suivi de trop près par le bateau d'un meunier, qui transportait sur la rive opposée un voyageur plus heureux que moi. Mon cheval avait eu peur et, un tout petit écart ayant suffi pour me faire perdre l'équilibre, j'étais tombé dans l'eau jusqu'au cou, en plein mois de janvier, avec mes grosses bottes... et un manteau qui ne m'embarrassait pas moins. Si je n'avais eu une main à la crinière de ma monture, le courant m'aurait emporté, et j'aurais eu à célébrer avec les poissons de la Sèvre-Nantaise des noces moins joyeuses que celles d'aujourd'hui. »

PROJET DE LOI RELATIF A L'EXERCICE DE LA MÉDECINE.

M. Riant, après avoir analysé le projet de loi de la commission parlementaire (rapporteur, M. Chevandier, de la Drôme), ajoute :

Instruits par une cruelle expérience, puisqu'il s'agit, cette fois, non plus d'un projet du gouvernement (auquel le règlement donne une vitalité capable de défier le temps), mais d'une proposition due à l'initiative individuelle, et comme telle, exposée à la cadu-

©BIU Santé

cité, si elle n'est pas discutée en temps utile, — vous craignez, une fois encore, de prendre un *projet* pour une *loi*, et vous direz tristement, avec le poète :

« Ostendent... fata, neque ultra
« Esse sinent..... »

Votre légitime préoccupation, nous l'avons prévue : nous nous sommes rendu auprès du Président, rapporteur de la Commission. Il nous a informé — à votre intention — que, grâce à ses soins, la proposition, mise à l'ordre du jour, avant quarante-cinq autres projets de loi qui devaient la primer, avait chance d'être discutée vers le mois de juin, en première et deuxième délibérations, et d'arriver au Sénat en temps utile.....

Ce sera à jamais l'honneur de cette Association d'avoir, depuis sa fondation, sollicité sans cesse l'attention des pouvoirs publics en faveur de la profession médicale, et préparé l'opinion à des réformes nécessaires.

Qui pouvait être mieux à même de porter la lumière sur les questions si complexes de l'exercice de la médecine, que cette grande fédération, réunissant dans ses assises annuelles les plus hautes notabilités de la profession, soit de Paris, soit des grandes villes, en même temps que les honorables représentants de la pratique médicale des petites villes et des campagnes, mettant tous en commun leur expérience et leurs lumières pour la solution si longtemps cherchée de ce difficile problème?

Puisqu'une loi est chose si longue et si difficile à obtenir, combien grande fut la sagesse de l'Association d'avoir compris qu'il fallait — en attendant — se mettre elle-même généreusement à l'œuvre, et organiser, avec les forces de l'initiative individuelle, les mesures les plus urgentes de prévoyance et de protection du corps médical.

Elle l'a fait.

Et maintenant, qu'une loi intervienne, qu'elle ratifie ces bienfaits, qu'elle leur donne la sanction juridique, — elle sera la bienvenue de ceux qui ont consacré leurs efforts d'hommes prévoyants, d'hommes de cœur, à réaliser, par la libre action de la confraternité, de l'assistance mutuelle, de la sympathie et de l'estime réciproques, cet idéal d'une profession qui aspire à s'élever dans le bien-être et dans l'honneur.

M. Vidal lit la première partie de son rapport sur les pensions viagères à accorder en 1888, et la séance est levée.

Deuxième séance.

Après le vote du procès-verbal de la dernière Assemblée générale, et l'approbation des comptes du Trésorier, M. Vidal lit la deuxième partie de son rapport sur les pensions viagères; ses propositions sont votées unanimement. Puis M. Brun prend la parole, à propos d'un passage ou M. Vidal a rappelé que, faute d'avoir été informée de la mort d'un sociétaire, la Caisse générale a servi pendant quatre ans une pension, qui est retournée à l'Etat et a été perdue par l'Association. Un second fait semblable, dit le Trésorier, vient de se produire; il faut prendre des mesures pour que de telles erreurs ne se renouvellent pas. M. Brun fait l'appel des délégués des Sociétés locales qui ont des membres pensionnés, pour savoir si ces derniers vivent encore. MM. Rougon, Delvaille, Vidal, etc., ayant pris successivement la parole, il est décidé que le Conseil général avisera au meilleur moyen de se faire informer en temps utile, et l'incident est clos.

L'Assemblée procède à l'élection de la Commission chargée d'examiner et de classer les demandes de pensions viagères en 1889. Sont sommés : MM. L.-G. Richelot, Thomas (de Tours) et Passant.

Sont élus ensuite : M. Riant, secrétaire général; M. Richelot, vice-secrétaire; en remplacement de MM. Foville et Martineau, décédés.

Plusieurs membres du Conseil général, arrivés au terme de leur exercice, devaient être renouvelés ou réélus. Les noms suivants sont sortis de l'urne : MM. Dumesnil (de la Seine-Inférieure), Bucquoy, Laënnec (de la Loire-Inférieure), Marquez (du Haut-Rhin), Jaccoud, Motet, Worms.

M. Horteloup, chargé d'un rapport sur la fixation du jour de l'Assemblée générale en 1889, expose que, si on reculait la date ordinaire afin de permettre aux délégués de province de visiter l'Exposition, il en résulterait plusieurs inconvénients, et notamment un retard considérable dans la délivrance des pensions. Le rapport conclut au maintien de la date ordinaire, et l'Assemblée décide que la séance annuelle aura lieu le 28 avril 1889.

Un vœu de la Société de la Loire et de la Haute-Loire, pris en considération l'année dernière, demande que, « dans les Assemblées générales de l'Association, chaque Société locale soit autorisée à faire émettre par sa délégation le total des suffrages auxquels elle a droit de par le nombre de ses membres ». Les conclusions de M. de Ranse, rapporteur, sont les suivantes : 1° Le vote cumulatif, ne garantissant pas mieux que le vote individuel l'opinion de la majorité des membres de l'Association, entraînant des difficultés pratiques considérables et, par la diminution du nombre des délégués présents, tendant à restreindre la discussion et à amoindrir l'autorité des délibérations des Assemblées générales, n'est pas admis; 2° les Sociétés locales, en raison des avantages et des facilités dont elles jouissent pour se faire représenter, sont invitées à assurer chaque année leur représentation aux Assemblées générales par le nombre de délégués auquel elles ont droit.

Les conclusions de M. de Ranse sont combattues par M. Fleury, délégué de la Société de la Loire et de la Haute-Loire, qui soutient le vote cumulatif. MM. Vacher (du Loiret), Labéda (de la Haute-Garonne) et Surmay (de Ham) défendent la même opinion; M. Turgis (du Calvados) exprime un avis conforme à celui du rapport. Les conclusions sont adoptées.

M. Riant, secrétaire général, donne lecture des vœux émis par les Sociétés locales. Sont pris en considération, pour être soumis à l'examen du Conseil général et rapportés, s'il y a lieu, en 1889 :

1° Le vœu de la Société de l'Orne, relatif à la *règlementation et à l'étude des vœux ;*

2° Le vœu de la Société du Rhône, relatif à la *mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital;*

3° Le vœu de la Société de Saint-Quentin, demandant l'*échange obligatoire des Bulletins entre les Sociétés locales ;*

4° Le vœu de la Société de Lyon, Vervins, Château-Thierry, sur l'*assistance médicale dans les campagnes ;*

5° Le vœu de la Société de Châtillon-sur-Seine, tendant à ce que le *Conseil use de son influence pour faire mettre à l'ordre du jour le projet de loi de Liouville sur l'organisation d'une Direction générale de la santé publique.*

M. Ponroy (de l'Indre), à la fin de la séance, demande qu'on dresse un tableau des Sociétés locales qui ne paient pas régulièrement leur contribution statutaire; ces Sociétés, dit l'orateur, font comme nos mauvais clients : il est bon qu'on sache de quel déficit elles sont la cause pour la Caisse générale. — Soyons bons princes, répond M. Brun; que les Sociétés locales fassent mieux à l'avenir, mais ne leur gardons pas rancune pour le passé.

Association française pour l'avancement des sciences (1).

SESSION D'ORAN, DU 29 MARS AU 3 AVRIL 1888.

M. le docteur Nepveu a décrit une nouvelle forme de cellule cancéreuse, qui est peut-être simplement une anomalie des cellules ordinaires. Ces cellules rencontrées dans quelques épithéliomas de la langue et de la verge présentent des prolongements, des ramifications par lesquelles elles se réunissent les unes aux autres. Dans un premier type, elles sont petites, arrondies, épithélioïdes, avec un ou deux prolongements très fins, terminés tantôt par une extrémité libre, tantôt par un renflement finement granuleux, fusiforme, tantôt sur un des bords irréguliers d'une cellule épithéliale de grand volume.

(1) Suite. — Voir le numéro du 7 avril 1888.

©BIU Santé

Dans un second type, la cellule, au lieu d'être arrondie, est ovalaire, et ne présente qu'un seul prolongement très long, muni d'un renflement fusiforme sur le milieu de sa longueur.

On peut donc trouver dans les épithéliomas des cellules à prolongements ramifiés et multiples comme les cellules nerveuses multipolaires, et unissant des cellules épithéliales entre elles. Ces cellules, dites conjuguées, sont formées par de jeunes cellules réunies à une vieille cellule, ou par des cellules bien développées, réunies entre elles. Dans quelques cas, il semblait que ces cellules épithéliales étaient unies à des cellules fusiformes, mais aplaties, analogues à certaines cellules du tissu conjonctif.

MM. P. Loye et Dastre ont démontré qu'on pouvait injecter en quantité presque indéfinie dans les veines d'un lapin, de l'eau contenant 7 p. 100 de chlorure de sodium, à condition de faire l'injection avec une certaine vitesse de façon à ne pas dépasser deux grammes par minute et par kilog. d'animal, et à une température de 39 à 40°.

L'eau est éliminée rapidement par l'urine, qui perd peu à peu son aspect trouble et jaunâtre pour prendre une limpidité bientôt absolue. Si la quantité de sel dans la solution injectée dépasse 7 p. 100 ou n'atteint pas ce chiffre, on détermine une glycosurie passagère. Pendant toutes ces opérations, la pression sanguine n'est pas modifiée, et on n'a trouvé ensuite aucune lésion dans le rein.

Ces injections, dit M. Grasset, pourraient à la rigueur fournir un moyen d'augmenter la diurèse et la dépuration urinaire par le lavage du sang. C'est du reste ce que l'on fait sous une autre forme au moyen des lavements d'eau dans l'ictère et dans la cure par les eaux minérales, absorbées par la muqueuse gastro-intestinale, entraînées dans le système vasculaire et éliminées par le rein.

Tout en faisant remarquer qu'il n'y a qu'une simple analogie entre l'absorption des eaux minérales et les injections intra-veineuses, M. Verneuil pense que la notion d'injecter des solutions bien exactement titrées si l'on veut obtenir certains effets, justifie la pratique méticuleuse de certains médecins expérimentés des stations thermales, qui ne prescrivent pas par à peu près la quantité d'eau qu'il faut boire, mais en spécifient très rigoureusement la dose.

M. Mondot pense qu'on pourrait déterminer d'une façon plus précise l'action des diverses eaux minérales en les essayant en injections intra-veineuses.

MM. Loye et Brouardel ont fait, pour étudier le mécanisme de la mort par submersion, des expériences très intéressantes, d'où il résulte que la mort survient en 3 minutes 1/2, 4 minutes au plus tard ; le cœur continue à battre pendant 25 minutes après le dernier soupir, mais la pression artérielle est nulle. C'est dans la première minute que la quantité d'eau nécessaire pour tuer l'animal entre dans les voies respiratoires. En outre, ces expériences ont donné des résultats importants au point de vue de la médecine légale, sur la question de savoir si un individu a été noyé ou jeté à l'eau après sa mort.

La question de l'immunité contre certaines maladies contagieuses a été soulevée par M. Brémond (d'Oran) à propos de la résistance du bétail algérien au charbon et à la clavelée ; l'immunité chez ces animaux s'acquiert et se perd suivant les conditions d'existence. Par exemple, des moutons de race mérinos transportés sur les hauts plateaux acquèrent l'immunité à la clavelée ; il est vrai que les mérinos proviennent d'une race algérienne, mais il en serait de même pour des sujets d'origine européenne. Au contraire, M. Séguy a fait remarquer que la résistance des bestiaux diminuait des hauts plateaux vers la plaine.

M. Verneuil pense que l'immunité pourrait bien tenir à ce que l'animal indemne a déjà contracté la maladie dans son enfance ou qu'il est issu de générateurs déjà vaccinés ou éprouvés par la maladie. Il serait, à cet égard, bien intéressant de suivre un taureau ayant guéri spontanément et de rechercher si les produits de ce taureau seront préservés du charbon et dans quelle mesure, surtout si ces produits proviennent de plus d'une génisse ayant guéri aussi spontanément.

Les recherches faites sur un taureau ayant guéri spontanément pourraient encore renseigner sur un autre point, celui du microbisme latent. On pourrait prendre et examiner du sang de l'animal de mois en mois et connaître ainsi la durée de la convalescence, c'est-à-dire le temps pendant lequel l'organisme renferme encore les microbes

pathogènes. La maladie persiste encore, en effet, pendant assez longtemps. La preuve en est que, si un taureau vacciné se blesse quelques semaines après, il paraît quelquefois une tumeur charbonneuse au lieu de la blessure, *locus minoris resistentiæ*. Dans la médecine humaine, il est des faits tout semblables : un homme guéri d'une fièvre typhoïde, bien portant en apparence, est atteint, pour une cause quelconque, d'un abcès qui renferme le microbe de la fièvre typhoïde.

M. le docteur Trolard (d'Alger) a envoyé plusieurs communications qui ont été lues par M. le docteur L. Moreau : la première, sur la disposition des méninges rachidiennes dans le canal sacré et du *filum terminale* ; la deuxième, sur les lacs sanguins de la dure-mère et les anastomoses entre les veines intra et extra-crâniennes ; la troisième, sur les quarantaines maritimes, dont il montre l'insuffisance et la presque impossibilité de les établir d'une façon utile. Il serait préférable de tenter la destruction du choléra sur place et, pour cela, d'assainir son pays d'origine.

La protection des enfants du premier âge en Algérie paraît à M. Th. Roussel le moyen le plus efficace pour remédier à l'infériorité numérique de la population de sang français sur les populations originaires du Midi de l'Europe. En effet, cette infériorité existe au point de vue de la natalité, tandis que la mortalité, et en particulier celle des enfants du premier âge, reste plus considérable. Mais la loi du 23 décembre 1874, promulguée en Algérie en 1877, n'y est appliquée que dans les principaux centres de la population et encore d'une façon incomplète. Malgré cette application défectueuse, on a déjà obtenu des résultats ; aussi M. Roussel demande-t-il que les médecins de colonisation soient appelés à concourir à l'exécution de la loi et que dans les trois départements l'administration procède à l'organisation de l'inspection médicale des enfants du premier âge.

M. Mondot fait ressortir les difficultés qu'on éprouve en Algérie dans l'application de cette loi qui, d'après lui, ne sera possible que si on adjoint au médecin un agent de la police et si l'on inflige une sanction pénale aux nourrices qui contreviendraient à la loi. D'ailleurs, il n'existe pas en Algérie de nourrices mercenaires à la campagne ; quant aux nourrices de la ville, il faut distinguer les israélites qui ne sont employées que dans les familles de leur race, et les espagnoles qui ne peuvent être soumises à la loi française, sans compter qu'il est souvent impossible de les trouver à cause des conditions spéciales de logement et d'habitudes de la ville.

M. Roussel dit que les difficultés ont été les mêmes en France, et qu'on a fini par les surmonter ; il pense qu'il en sera de même en Algérie, et ajoute que, l'expérience ayant démontré la nécessité de l'application de sanctions pénales aux nourrices et aux agents de placement qui commettent des infractions aux prescriptions légales, il serait à désirer que l'administration algérienne réclamât et obtînt le concours des parquets.

M. A. Voisin a communiqué de nouvelles observations relatives au traitement des maladies mentales par l'hypnotisme. Dans un premier cas, la malade, atteinte depuis deux mois de folie lypémaniaque avec hallucinations et idées de suicide, a guéri en quinze jours ; dans un deuxième, une folie lypémaniaque avec agitation, impulsions violentes, a guéri en deux séances d'hypnotisme ; dans un troisième, une hypochondriaque atteinte de nervosisme chronique depuis huit ans et de paralysie commençante, a guéri en trois séances ; dans un quatrième, une dipsomanie datant de dix ans avec état mélancolique, a guéri par le même moyen. M. Voisin a, en outre, employé l'hypnotisme avec succès, pendant la durée de l'époque cataméniale, chez des aliénées agitées et turbulentes pendant cette période ; il n'est pas nécessaire que ces malades soient hystériques pour qu'elles éprouvent de bons effets de ce traitement.

M. Grasset recommande aussi, en pareil cas, les séances successives d'hypnotisme, qui donnent d'excellents résultats ; il a guéri de cette façon, en quarante-huit heures, une paralysie hystérique datant de six mois.

M. Burot (de Rochefort) donne la suite de l'observation qu'il a communiquée au Congrès de Toulouse, et relative à une jeune fille de 20 ans, atteinte depuis quinze mois de secousses convulsives avec explosion de mots obscènes. La guérison, très avancée au mois de septembre dernier, peut être donnée comme définitive. Le traitement moral, avec suggestions à l'état de veille et d'hypnotisme, a suffi pour obtenir ce

©BIU Santé

résultat. La maladie consistant dans un défaut d'équilibre entre la sphère de l'activité intellectuelle et celle de l'automatisme cérébral, d'où production d'associations nerveuses morbides, la gymnastique morale a pour but de détruire ces associations vicieuses et de déplacer l'équilibre au profit de la sphère intellectuelle.

D'après M. E. Bérillon, l'hypnotisme peut rendre de réels services comme moyen thérapeutique quand il est employé par des hommes expérimentés, mais, s'il est pratiqué d'une façon vénale et charlatanesque, ce moyen est immoral et même dangereux. En conséquence, il émet le vœu, qui a été adopté par la section d'hygiène du Congrès, que la pratique de l'hypnotisme soit expressément interdite à toute personne qui n'est pas autorisée, par diplôme, à exercer l'art de guérir, c'est-à-dire qu'elle soit réservée aux seuls médecins.

M. Rogée (de Saint-Jean-d'Angély) reproche au pansement de Lister d'être coûteux et impossible à appliquer dans la clientèle pauvre. Il préfère le bi-iodure de mercure, qui n'irrite pas les plaies, n'a pas d'odeur, est un antiseptique plus puissant que l'acide phénique, et sa solution alcoolique à 1 p. 300 est miscible en toutes proportions avec de l'eau chaude.

M. Rogée a pratiqué depuis la fin de 1885, en employant le bi-iodure et un pansement ouaté maintenu par des bandes de tarlatane, 108 opérations, dont 32 grandes. La durée moyenne de la cicatrisation, abstraction faite d'un cas d'amputation de la cuisse chez un paludique, a été de dix-sept jours; pour les herniotomies, suivies d'opération de cure radicale, elle a été de dix jours.

M. Hublé s'est également servi du bi-iodure, dans sa pratique chirurgicale, avec un succès constant.

M. Duzéa (de Lyon) a repris l'idée émise il y a longtemps déjà, par son maître le professeur Ollier, de conserver toute la loge périostique calcanéenne dans les amputations de l'extrémité inférieure de la jambe avec grand lambeau talonnier plantaire. De nouvelles observations, recueillies à la clinique de M. Ollier, l'ont amené à donner la préférence au lambeau talonnier postéro-inférieur; on enlève complètement le calcanéum, mais on conserve la loge périostique de cet os, ce qui est facile : on fait une contre-ouverture à la partie la plus déclive de cette loge, puis la section du tendon d'Achille et la suture des tendons extenseurs à l'aponévrose plantaire; une attelle plâtrée postérieure, recourbée en bas et en avant, complète le traitement. Ce procédé présente entre autres avantages celui de ne pas exposer aux hémorrhagies, puisqu'on ne blesse pas de vaisseaux; les résultats consécutifs sont excellents, le moignon est très solide, car il présente un os de nouvelle formation.

M. H. Marchand (de Paris) fait remarquer que, dans les cas de lésions tuberculeuses, ces opérations parcimonieuses ne sont pas des opérations de choix, et que la résection large est préférable.

M. Duzéa pense que la conservation du périoste, même malade, ne présente aucun inconvénient, d'après diverses observations de M. Ollier.

M. Verneuil insiste de nouveau sur la nécessité de soumettre les opérés à un traitement pharmaceutique et hygiénique avant et après l'opération. Chez les tuberculeux, il institue un traitement pré-opératoire en donnant chaque jour 5 centigrammes d'iodoforme pendant trois ou quatre semaines; après l'opération, ce traitement est continué jusqu'à guérison de la plaie, puis il fait changer le malade de milieu. Il existe à cet égard deux ordres de milieux : des milieux curatifs (stations thermales minérales) et des milieux purs, agissant par la constitution même de leur climat.

M. Verneuil rapporte à l'appui les observations de deux tuberculeux qui, guéris de l'opération qu'ils avaient subie en France, ont été ensuite envoyés en Algérie, où leur état général s'est amélioré d'une manière remarquable. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DE LA TAILLE HYPOGASTRIQUE, par le docteur F.-P. GUIARD. Paris, Chamerot, 1887.

L'auteur préconise un certain nombre de modifications aux procédés habituels. Les

unes trouvent leur indication dans tous les cas; ce sont : 1° la suture partielle avec tube à section ovalaire et non en 8 de chiffre; 2° l'emploi de fils suspenseurs pour rapprocher les bords de l'ouverture vésicale laissée béante après l'enlèvement des tubes; 3° enfin la suture secondaire des téguments à l'aide de fils métalliques placés au moment de l'opération.

Les autres ne peuvent être appliquées que dans les cas où l'état antérieur de la vessie n'exige pas un repos fonctionnel absolu et prolongé; ce sont : 1° l'enlèvement précoce des tubes; 2° la suture totale, en deux temps successifs, de la vessie et des téguments, qui ne peut convenir qu'à ces cas particulièrement favorables où on ne craint ni le retour immédiat des fonctions vésicales ni la formation de caillots ou d'eschares. — P. C.

Du chloroforme et de son administration, par le docteur Paul Boncour. Paris, A. Delahaye et Lecrosnier, 1887.

L'auteur préconise la méthode de L. Labbé que l'on peut qualifier de méthode des petites doses administrées d'une façon continue sans intermittence.

Elle est supportée très facilement par les malades et est pour eux le gage d'une grande sécurité. En versant sur la compresse, que l'on tient comme d'habitude, quatre, cinq ou six gouttes seulement de chloroforme à la fois, on arrive généralement à l'anesthésie complète en l'espace d'un quart d'heure ou de vingt minutes. Tout le temps de l'opération, on maintient l'anesthésie au même degré en versant quelques gouttes de chloroforme à mesure que celui-ci s'évapore.

Une constante surveillance du malade est le complément de la méthode. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

La métrorrhagie à l'époque de la puberté. — L'apparition subite d'un flux vaginal abondant chez les très jeunes filles est un fait mal connu; c'est cependant un symptôme alarmant qui soulève une délicate question : celle de l'opportunité de l'exploration du vagin, examen que bien des spécialistes considèrent comme presque indispensable dans les hémorrhagies utérines.

Toutes ces difficiles questions sont discutées et résolues par le docteur Henry Coe (dans le *New-York med. Journ.* de novembre 1887), à propos d'une intéressante observation dont voici le résumé :

Une jeune fille de 13 ans, bien développée, fut prise de crampes et de douleurs suivies d'une métrorrhagie abondante quinze jours après la période menstruelle qui était établie depuis une année environ. Les quinze jours précédents avaient été passés dans une station balnéaire fort fréquentée par le monde élégant. Quoique très abondante, l'hémorrhagie, qui dura quelques jours, ne provoqua que peu de troubles généraux. Quatre jours après la disparition de l'hémorrhagie, les règles apparurent fort abondantes.

Le repos paraît avoir, dans ces cas, une influence plus efficace que d'autres moyens plus actifs.

L'auteur attire surtout l'attention sur ces deux points : 1° la grande quantité de sang perdu sans amener d'anémie, et 2° le caractère essentiellement fortuit de l'hémorrhagie qui apparaît sans cause en dehors de l'époque menstruelle.

Bref, le docteur Coe conclut que, chez sa malade, l'hémorrhagie était, en quelque sorte, physiologique. Il croit que cet accident, survenant à l'époque de la puberté, n'est pas nécessairement un symptôme pathologique qui réclame une intervention active et un traitement local. Ainsi, quand la dysménorrhée fait défaut et que manquent les signes de l'anémie, la métrorrhagie de la puberté est justiciable de la seule expectation, du repos et de l'hygiène. C'est dire que l'examen vaginal est complètement inopportun.

Troubles utérins chez les morphiomanes. — Le docteur Lutaud avait cité six

©BIU Santé

cas de suppression complète des règles chez des morphiomanes. C'était bien à l'empoisonnement par l'alcaloïde de l'opium qu'est due cette aménorrhée, car, chez une malade, les règles réapparurent après la suspension de l'usage de la morphine. Ces faits, au dire du *Deutsch med. Zeitung*, comportent un enseignement thérapeutique qu'il est bon de mettre en relief : c'est l'indication de la morphine dans les hémorrhagies causées par les fibromyomes utérins, par les cancers inopérables ; non seulement les injections sous-cutanées calment les douleurs, mais elles mettent fin aux incessants et rebelles écoulements sanguins qui épuisent les malades.

Etude sur le rhumatisme blennorrhagique, par A.-C. Bornemann. — On entend, suivant l'auteur, par rhumatisme blennorrhagique, un groupe d'affections qui, évoluant pendant le cours d'une blennorrhagie, attaquent différents organes en produisant des symptômes analogues à ceux attribués au rhumatisme.

Ce sont les articulations qui sont le plus souvent atteintes, puis viennent ensuite : les gaines tendineuses, le périoste, les nerfs, les muscles, les yeux et peut-être la plèvre.

Le travail de l'auteur repose sur 278 observations de malades traités à l'hôpital de Copenhague chez lesquels la blennorrhagie était évidente.

Sur ces 278 malades, les affections articulaires sont au nombre de 742 : le genou fut pris 240 fois; le pied, 151; l'épaule, 68; les articulations métacarpo-phalangiennes, 52; les autres articulations de la main, 51; celle de la hanche, 46; du coude, 43; de la mâchoire, 11 fois, etc.

La présence du liquide dans la synoviale est fréquente, mais non constante; elle a été notée 183 fois dans les 240 arthrites du genou.

Ces affections des gaines tendineuses et des bourses synoviales se sont montrées chez 41 malades; 4 autres furent atteints de périostite; enfin, 3 fois le processus s'établit sur les muscles.

Quant aux lésions affectant les organes, le docteur Bornemann a observé 2 endocardites chez des blennorrhagiques; jamais il n'a vu de pleurésie, et la littérature médicale ne lui en a offert aucun exemple incontestable.

L'ophthalmie blennorrhagique est fréquente; elle s'est déclarée chez 45 malades.

La sciatique a été observée 5 fois.

Quant aux recherches bactériologiques, depuis la découverte de Neisser en 1879, Pétrone en 1883 et Kammerer en 1884 ont écrit qu'ils avaient trouvé le gonocoque dans les articulations, tandis qu'un plus grand nombre d'auteurs ne purent arriver au même résultat affirmatif.

Le docteur Bornemann a trouvé plusieurs fois dans les liquides issus de la synoviale du genou, grâce à la ponction, des micro-organismes qui ne se comportaient pas comme les gonocoques. Il les croit identiques aux cocci qu'on trouve dans les tissus envahis par les processus suppuratifs. Le rhumatisme blennorrhagique doit donc, suivant lui, être considéré comme une des infections compliquant les plaies et non comme la conséquence directe de l'invasion de bactéries spécifiques.

Comme l'avait déjà dit Féréol, il pense que le nom qui convient le mieux au groupe morbide en question est non pas rhumatisme blennorrhagique, mais bien affections blennorrhagiques. (*Gazetta degli ospetali*, 4 janvier 1888.) — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Les fonctions motrices du cerveau. — M. Eug. Dupuy a constaté depuis 1873 que l'excitation électrique d'un fragment de la dure-mère crânienne au niveau des régions pariétales des hémisphères provoque des mouvements musculaires bien différenciés dans les membres des animaux. D'autres observateurs ont vu le même résultat suivre les irritations mécaniques de cette membrane. M. Dupuy a pu s'assurer que c'est là un résul-

tat constant, pourvu que l'animal en expérience ne soit pas trop profondément anesthésié ni trop affaibli par hémorrhagie.

Par des expériences récentes, l'auteur a trouvé que l'incision cruciale, suivie du renversement des lambeaux de la dure-mère, au niveau d'une région pariétale chez le lapin et le chien, amène une parésie très accentuée des membres du côté opposé et quelquefois du côté correspondant, mais toujours dans les muscles de la face du côté correspondant à la lésion. La sensibilité paraît exagérée de ce côté de la face, ainsi que dans les autres régions paralysées. Les modifications de la température n'ont pas été exactement notées.

Ces phénomènes peuvent persister, mais on peut les faire disparaître assez promptement, en excitant par un courant d'induction même faible un point quelconque de la partie lésée de la dure-mère.

Une seconde opération analogue à la première, faite sur l'autre hémisphère, agit comme l'excitation faradique et fait cesser les troubles moteurs qui avaient suivi la première opération.

Influence des antipyrétiques, notamment de l'antipyrine sur la teneur du foie en glycogène, par MM. R. Lépine et Porteret. — L'un des observateurs a déjà démontré que dans certaines conditions l'acétanilide augmente la dénutrition des matières azotées et diminue la production de chaleur. On pouvait se demander si les antipyrétiques en général ne restreignent pas la consommation des substances ternaires et notamment le glycogène hépatique.

Pour éclaircir ce point, des expériences ont été faites sur le cobaye. On a d'abord déterminé la quantité normale de glycogène contenue dans le foie du cobaye : cette quantité varie non seulement avec l'âge de l'animal, la nature de son alimentation, mais aussi diffère chez des animaux de même poids et de même portée, qui paraissent soumis aux mêmes conditions d'alimentation.

Un certain nombre de cobayes ont été ensuite soumis à l'action des antipyrétiques, notamment de l'antipyrine, avec des animaux témoins. MM. Lépine et Porteret ont trouvé au moins un cinquième en plus de glycogène hépatique par kilogramme chez les cobayes antipyrétisés, tandis que la proportion relative de sucre hépatique était un peu diminuée.

Une autre expérience a montré que cet arrêt de la transformation du glycogène en sucre est *en partie* le résultat d'une action directe sur la cellule hépatique.

Sphincter du trou ovale, par M. P. Duroziez. — Le sang est empêché de revenir sur ses pas, par des valvules et des sphincters; les sphincters ont un rôle important. Nous trouvons une application de cette loi dans les conditions anatomiques du trou ovale.

Le trou ovale est muni d'un sphincter et d'une valvule chez le fœtus.

Le sphincter n'agit que pendant la présystole, pendant la période active de l'oreillette. Il se contracte et ferme l'orifice; le sang de l'oreillette gauche ne peut reculer dans la veine cave inférieure. Dès que l'oreillette gauche ne se contracte plus, le sang y afflue de la veine cave inférieure. Pendant la présystole, l'oreillette droite ne peut envoyer du sang que dans le ventricule droit; le passage est fermé du côté de la veine cave inférieure. La valvule du trou ovale contribue à l'occlusion.

Chez l'adulte, les deux valves se collent plus ou moins complètement et se transforment en un septum en partie musculeux. Le sphincter n'a plus qu'un rôle accessoire. Chez l'adulte, il est encore utile que l'oreillette droite ne chasse pas en arrière, pendant la présystole, contre les valves du trou ovale, du sang qui parviendrait à les décoller; un sphincter pourvoit à la tâche.

On retrouve, dans les auteurs du siècle dernier, la notion de ce sphincter (Méry, Duverney, Sénac).

Pseudo-tuberculose bacillaire. — M. L. Dor a eu l'occasion d'observer la même maladie que celle dont MM. Charrin et Roger ont entretenu l'Académie dans la séance du 19 mars dernier, et c'est à la suite de cas spontanés survenus d'avril à juillet 1887, qu'il a entrepris les recherches dont ce travail expose les résultats.

©BIU Santé

Cette affection est une maladie infectieuse à rapprocher de la tuberculose et de l'infection purulente; elle est caractérisée par :

1° Une tumeur, souvent abcédée, siégeant au point d'inoculation; lorsque la maladie paraît spontanée, on trouve cette tumeur dans la langue ou dans la paroi interne de la bouche;

2° Une adénopathie, qui est inguinale lorsque l'inoculation a été faite dans une partie postérieure, et cervicale lorsque l'abcès primitif siège dans la bouche;

3° De nombreuses granulations métastatiques, de consistance caséeuse, qui ressemblent, soit à des tubercules arrondis, soit à des nodules irréguliers en forme de choux-fleurs, variant d'un grain de mil à un gros pois.

L'examen microscopique a montré que l'affection n'est ni un sarcome généralisé, ni une tuberculose, ni une leucocythémie, ni une pyohémie; les nodules métastatiques sont constitués par une agglomération de leucocytes ayant subi une fermentation particulière.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 24 mars 1888. — Présidence de M. DE RANSE.

Le procès-verbal est lu et adopté.

La *correspondance imprimée* comprend les journaux et revues habituels;

Trois brochures du docteur Usiglio, chirurgien assistant de l'hôpital civil de Trieste, *sur un cas de cystotomie suspubienne, et sur la guérison radicale des hernies.*

M. BERGERON offre une brochure sur le *Traitement des affections des organes respiratoires par les inhalations d'acide fluorhydrique.*

— M. DEHENNE lit une note sur le *Traitement de blépharospasme tonique par la névrotomie sus-orbitaire.* (Sera publiée,)

— M. FRÉDET, médecin de l'hôpital général de Clermont-Ferrand, candidat au titre de membre correspondant, lit une observation intitulée : *Un cas de syphilis infantile tardive, contamination de la nourrice.* (Renvoi à une commission composée de MM. Bergeron, Duroziez et Dubrisay, rapporteur.)

— M. le docteur TROUSSEAU lit un travail sur l'*Emploi du bandeau en ophthalmologie.* Il proteste contre l'usage inconsidéré qu'on fait, en général, de cet appareil dont le moindre défaut est d'entropionner les paupières, de retenir les sécrétions, d'irriter la conjonctive et le globe et de rendre l'œil on ne peut plus sensible à la lumière du jour. Dans les affections cornéennes, on doit le bannir de la pratique; après les opérations, on doit en cesser l'usage dès qu'il n'y a plus crainte d'infection microbienne. Il n'est permis que pour maintenir sur l'organe visuel des pansements antiseptiques.

M. DUBRISAY : Les attaques dirigées par M. Trousseau contre le bandeau ne sont pas nouvelles. D'autres observateurs en ont également signalé les inconvénients, et ont proposé de le remplacer par une plaque noire suspendue devant l'œil malade.

M. TROUSSEAU : La plaque noire vaut mieux que le bandeau, mais elle le tort d'abriter trop longtemps l'œil contre la lumière; et beaucoup de malades ne guérissent que lorsqu'on les force de renoncer à ces appareils protecteurs.

— M. DOLÉRIS lit un travail sur la *Lacération du col de l'utérus.* (Sera publié.)

Au moyen d'un schéma tracé sur le tableau, M. Doléris explique les détails de son opération, qui n'est qu'une combinaison de celle de Schrœder avec celle d'Emmet. Il fait ressortir les avantages de son mode de procéder, et signale les succès qu'il a obtenus.

M. LARROQUE : Pour éviter les hémorrhagies, M. Doléris pince-t-il les vaisseaux, ou fait-il des sutures?

M. DOLÉRIS : Je ne fais généralement pas de sutures. Il y a cependant un procédé qui donne d'excellents résultats : il consiste, avant de commencer l'opération, à passer avec

une très forte aiguille un fil, en avant et en arrière du col, de façon à embrasser une quantité suffisante d'artérioles; on empêche ainsi toute hémorrhagie; l'opération achevée, on retire les fils.

M. Dubuc : C'est alors une ligature temporaire. M. Doléris emploie-t-il le catgut?

M. Doléris : Je me sers simplement d'un fil de soie. La ligature n'est évidemment qu'une ligature temporaire.

— M. Larroque, au nom de M. Pintaud-Désallées, membre correspondant, lit une observation d'*opération césarienne, suivie de succès*. (Sera publiée.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Pommade contre l'ophthalmie blennorrhagique. — Leahy.

Sulfate de cocaïne.....	0 gr. 80 cent.
Sulfate d'atropine.....	0 gr. 10 cent.
Vaseline..	20 grammes.

Mêlez. — A l'aide d'un pinceau, on étale cette pommade autour de l'orbite des sujets atteints d'ophthalmie blennorrhagique. La douleur oculaire et circumorbitaire diminue; le chémosis s'améliore et la congestion des vaisseaux de la conjonctive devient moins vive. N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

L'Académie de médecine de Belgique met au concours les questions suivantes pour les années 1888 et 1889.

1° Année 1888. — Prix de 500 francs : Etudier les mesures d'hygiène publique et privée qui sont de nature à prévenir le développement et la propagation de la tuberculose en Belgique.

Prix de 8,000 francs : Etudier par des faits cliniques et, au besoin, par des expériences, la pathogénie et la thérapeutique de l'épilepsie.

Des encouragements de 300 francs à 1,000 francs pourront être décernés, en plus, aux auteurs dont les travaux seraient jugés dignes d'une récompense. Une somme de 25,000 francs pourra être donnée, en outre du prix de 8,000 francs, à l'auteur qui aurait réalisé un progrès capital dans la thérapeutique des maladies des centres nerveux, tel que, par exemple, la découverte d'un remède curatif de l'épilepsie.

Le concours sera clos le 31 décembre 1888.

2° Année 1889. — Prix de 600 francs : Etablir et discuter les moyens du diagnostic différentiel des tumeurs du ventre.

Prix de 600 francs. — Faire l'étude de l'érysipèle charbonneux ou rouget du porc, au point de vue de ses causes, de ses manifestations, de ses lésions, de sa prophylaxie, de son traitement; établir éventuellement ses rapports avec les affections charbonneuses, bactéridiennes et bactériennes.

Le concours sera clos le 15 mars 1889.

Les mémoires doivent être adressés, franco, au secrétaire de l'Académie de médecine, à Bruxelles.

COURRIER

Asile d'aliénés. — Par arrêtés ministériels, en date du 29 mars 1888 : M. le docteur Briand, médecin en chef à l'asile d'aliénés de Villejuif, est promu à la deuxième classe

©BIU Santé

du cadre (effet du 1er janvier). Il recevra, en conséquence, outre les avantages en nature dans l'établissement qui lui ont été précédemment attribués, le traitement de six mille francs (6,000 fr.), déterminé par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875.

M. le docteur Chambard, médecin adjoint à l'asile d'aliénés de Ville-Evrard, est promu à la classe exceptionnelle du cadre, à partir du 1er mars 1888. Il recevra, en conséquence, dater de cette époque, le traitement de quatre mille francs (4,000 fr.) déterminé par le décret du 4 février 1875.

M. le docteur Taule, directeur de l'asile Sainte-Anne, est promu à la première classe du cadre (effet du 1er janvier 1888). Il recevra, en conséquence, outre les avantages en nature dans l'établissement qui lui ont été précédemment attribués, le traitement de sept mille francs (7,000 fr.) déterminé par les décrets des 6 juin 1863 et 4 février 1875.

— Par décret, en date du 31 mars 1888, M. Gavarret, inspecteur général de l'enseignement supérieur, pour l'ordre de la médecine, a été nommé inspecteur général honoraire de l'instruction publique.

M. Berthelot, inspecteur général honoraire de l'enseignement supérieur, pour l'ordre des sciences, a été nommé inspecteur général honoraire de l'instruction publique.

Bibliothèque médicale. — Nous recevons la lettre suivante :

Monsieur et honoré confrère,

Il vient d'être créé à l'hôpital Saint-Louis une bibliothèque médicale, annexée au musée pathologique de l'hôpital. Cette bibliothèque, placée sous le patronage de l'administration générale de l'Assistance publique, est librement ouverte au public médical, médecins et élèves. Quoique plus spécialement destinée aux ouvrages relatifs à la dermatologie et à la syphiligraphie, elle contiendra cependant les œuvres les plus importantes dans chaque branche des sciences médicales et de nombreux journaux et périodiques français et étrangers. Créée par les soins des médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis, déjà gratifiée de nombreux dons par de généreux confrères, cette bibliothèque peut devenir rapidement, avec le concours du corps médical, un important centre d'études. Nous faisons donc appel à la générosité de tous les médecins français et étrangers, et les prions de vouloir bien honorer notre bibliothèque de l'envoi de leurs propres ouvrages et publications, ainsi que des livres et collections dont ils jugeraient à propos de se défaire.

Veuillez agréer, Monsieur et honoré confrère, l'assurance de notre parfaite considération et de nos remerciements anticipés,

Les médecins et chirurgiens de l'hôpital Saint-Louis :

Lailler, Vidal, Besnier, Fournier, Hallopeau, Quinquaud, Péan, Le Dentu, Lucas-Championnière, Porak, Tenesson.

N. B. — Adresser les ouvrages directement à la bibliothèque médicale de l'hôpital Saint-Louis, 40, rue Bichat, Paris, ou une lettre d'avis, à l'hôpital Saint-Louis, à M. le docteur H. Feulard, qui se chargera de les faire prendre à domicile.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Edouard Blondel, ancien médecin des forges d'Anzin, décédé à Raismes, à l'âge de 49 ans.

Cours de pathologie expérimentale et comparée. — M. le professeur Straus commencera son cours mardi 17 avril, à quatre heures, au grand amphithéâtre, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure, à l'amphithéâtre du laboratoire de pathologie expérimentale, Ecole pratique, 1er étage.

QUINIUM-ROY *granulé*, extrait normal de quinquina soluble.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. A. Ollivier : De la syphilis héréditaire tardive. — II. Correspondance. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médico-pratique. — IV. Courrier.

Hôpital des Enfants-Malades. — Service de M. le Dr A. Ollivier.

De la syphilis héréditaire tardive.

Leçon faite le 23 janvier 1888 par M. A. Ollivier,

Rédigée par M. Marcel Baudoin, interne des hôpitaux.

Messieurs,

Je viens de vous montrer une jeune malade qui va bientôt quitter notre service, où elle séjourne depuis quatre mois.

Je ne veux pas la laisser partir — n'ayant pu vous en parler plus tôt — sans vous rappeler son histoire clinique et en tirer les enseignements multiples qu'elle comporte.

J'ajouterai que, dans ce cas, le traitement mis en usage a été en quelque sorte une pierre de touche pour notre diagnostic, qu'il a pleinement confirmé. De plus, le résultat thérapeutique a été tel qu'il était raisonnablement permis de l'espérer, car, vous le comprenez facilement, il y a des lésions sur la disparition desquelles on ne peut vraiment pas compter.

Voici, en quelques mots, l'histoire de cette intéressante malade, telle que du reste nous l'a racontée sa grand'mère; c'est la seule personne de la famille que, malgré nos instances, nous ayons pu voir, et dont nous ayons pu recueillir quelques renseignements.

Hor... (Camille), âgée de 14 ans 1/2, est admise le 22 septembre 1888 dans la salle Sainte-Elisabeth, au n° 8.

Les antécédents héréditaires ne nous ont pas fourni d'indications précises. Rien de particulier à noter du côté des grands parents paternels et maternels. Le père, âgé de 48 ans, serait bien portant, d'une forte constitution, mais on ne sait pas ce qu'il est devenu. Il a déserté le domicile conjugal et mène depuis longtemps une conduite fort irrégulière. La mère, qui a 40 ans, serait en bonne santé, mais un peu nerveuse. Le peu d'empressement qu'elle mettait à venir voir son enfant, l'impossibilité de la faire revenir à l'hôpital pour nous donner des détails sur la maladie de sa fille, nous ont prouvé que sa façon de vivre était loin d'être irréprochable.

Cette femme aurait fait un premier accouchement prématuré à huit mois et demi et aurait eu trois enfants : une fille de 17 ans, aujourd'hui bien portante; notre malade, et un garçon devenu bossu à la suite d'un accident, à ce que prétend la grand'mère. C'est toujours la même chose. Pour le vulgaire, le mal de Pott est souvent causé par une chute, un coup, etc. Quoi qu'il en soit, ce jeune garçon a passé quatorze mois à Berck, et nous croyons pouvoir admettre qu'il est atteint de tuberculose vertébrale.

Notre petite malade a toujours été placée dans de très mauvaises conditions d'existence, a constamment été mal nourrie. Elevée au sein par la mère, elle n'a eu aucun accident de dentition. Elle n'est pas encore menstruée. Pendant son enfance, elle a eu des gourmes, des blépharites et des conjonctivites à répétitions, des engorgements des ganglions sous-maxillaires.

©BIU Santé

A 12 ans, nouvelle blépharite intense du côté gauche, avec nouvelle poussée d'impétigo du cuir chevelu, accompagnée de recrudescence de l'adénopathie sous-maxillaire par suite de l'impétigo. L'enfant est alors envoyée à la campagne, dans l'Aisne, à Chauny.

C'est là qu'elle fut prise, sans cause apparente, d'une *gingivite ulcéreuse* de la mâchoire supérieure; elle perdit alors cinq dents (les quatre incisives et la canine gauche). En même temps survint une abondante *suppuration des fosses nasales*. Au milieu du pus, on trouva parfois des débris osseux.

C'est alors qu'elle rentre à Paris et s'aperçoit qu'il s'est formé un petit *pertuis à la voûte palatine*, pertuis par lequel, du reste, les aliments liquides ne passent même pas.

En raison de ces accidents, la malade est conduite à l'hôpital Sainte-Eugénie, où on la soumet à un traitement par l'iodure de potassium. De là elle est envoyée à Forges, où elle reste près de deux ans.

Au commencement de son séjour à Forges, le petit orifice dont j'ai parlé tout à l'heure s'agrandit lentement et sans douleur. Au bout de trois mois, les aliments liquides et solides commencèrent à refluer par les fosses nasales. Ce reflux des aliments ne dura pas plus de deux ou trois mois. Il cessa de se produire à la suite de l'administration de l'huile de foie de morue, du sirop d'iodure de fer, du sirop antiscorbutique prescrits par M. le docteur Demange, médecin de l'établissement.

Il y avait une année que l'enfant était à Forges, lorsqu'elle fut prise de nouveau d'une blépharite, suivie d'une *dacryocystite* et d'une *fistule lacrymale* du côté gauche. Ces lésions ont persisté jusqu'à ce jour. En même temps apparurent, sans cause appréciable, des *douleurs avec gonflement des genoux*, qui ne disparurent qu'au bout de quatre ou cinq semaines.

Lors de son entrée à l'Hôpital des Enfants, cette malade se présenta dans l'état suivant : enfant chétive, pâle, aux joues bouffies, aux cheveux blonds, clair-semés, mal plantés.

L'attention est tout d'abord attirée par la *conformation du nez*, qui est *retroussé*, c'est-à-dire dont le segment inférieur est relevé par suite de l'affaissement du segment supérieur ou osseux. Une partie des os du nez est détruite inférieurement, et l'angle dièdre qu'ils forment est notablement agrandi. C'est là évidemment la cause de la déformation nasale. La cloison est conservée en avant, mais détruite en arrière. *Légère conjonctivite palpébrale gauche.*

A l'angle interne de l'œil gauche se trouve un petit orifice à bords rougeâtres, ulcérés, d'où s'écoule une gouttelette de pus. Celle-ci devient plus grosse lorsqu'on presse la partie gauche de la racine du nez. C'est l'orifice de la *fistule lacrymale* mentionnée déjà.

Il y a une *surdité* très prononcée des deux côtés, mais pas d'écoulements par les oreilles (1). Mentionnons encore l'odeur fétide des fosses nasales et de l'haleine.

La lèvre supérieure est affaissée par suite de l'absence du soutien osseux sous-jacent. La portion médiane du maxillaire (os intermaxillaire) s'est nécrosée et détachée après la chute des dents. Les deux lèvres sont épaisses, un peu dures, hypertrophiées.

A l'examen de la bouche, on constate l'existence d'une *solution de continuité* de la voûte palatine à sa partie antérieure. Elle a une forme triangulaire, à sommet dirigé en arrière; elle a une longueur de plus de 22 centimètres et une largeur, en avant, de 1 centimètre; en arrière, de 2 ou 3 millimètres. L'extrémité postérieure de la perte de substance est distante du bord postérieur du palais dur d'environ un demi-centimètre. Les bords sont le siège d'ulcérations jaunâtres, taillées à pic, qui se prolongent en arrière sur la muqueuse palatine dans une étendue de 10 à 12 millimètres. Au toucher, l'os est rugueux. Il n'y a pas de douleur spontanée, mais de la douleur au contact. En injectant de l'eau par chaque narine, on voit le liquide sortir par la solution de continuité.

Les quatre incisives supérieures et la canine gauche correspondante manquent, ainsi que nous l'avons vu. Il en est de même de l'os intermaxillaire. La face postérieure de la lèvre supérieure, à sa partie médiane, est ulcérée, fongueuse, ainsi que les gencives au

(1) A la clinique du professeur Fournier, un otologiste, M. le docteur Hermet, a fait le diagnostic suivant : *otite moyenne chronique d'origine strumeuse*. Rien qui puisse faire supposer l'existence des lésions syphilitiques bien connues de l'oreille interne.

voisinage des dents tombées. Les autres dents supérieures n'offrent rien à signaler, si ce n'est leur aspect mat. Les gencives de la mâchoire inférieure sont également rouges et fongueuses. Les dents sont au complet; elles ne présentent pas, d'une manière bien notable, les encoches signalées par Hutchinson, mais elles sont plus larges à leur bord libre qu'à leur collet; de plus, elles sont très irrégulières dans leur forme, et ont aussi une couleur mate. L'émail semble y faire défaut.

L'examen du pharynx permet de constater une adhérence intime du pilier postérieur gauche du voile du palais avec la muqueuse pharyngée. Les aliments ne passent plus par les fosses nasales pendant l'acte de la déglutition. Nous verrons tout à l'heure pourquoi. Les fonctions digestives sont tout à fait normales. Il n'y a rien au foie ni à la rate; pas de toux ni d'expectoration; aucun signe stéthoscopique de tuberculose pulmonaire. Le cœur et les vaisseaux sont intacts, les urines normales. Aucun phénomène ne fait présager l'apparition prochaine des règles.

Les téguments ne sont le siège d'aucune éruption récente ni ancienne, à part les quelques croûtes impétigineuses du cuir chevelu. Les ongles ne présentent aucune trace de sillons transversaux ni la conformation connue sous le nom d'ongles en massue.

L'examen du squelette des membres fait découvrir deux déformations pathologiques importantes : 1° Une *hyperostose* de la partie supérieure de l'humérus gauche, qui est assez douloureuse pour rendre impossibles les mouvements d'élévation du bras; 2° une *exostose* très notable au niveau du tiers supérieur de la face interne du tibia gauche. La pression en ce point éveille de la douleur.

En résumé, nous avions sous les yeux des lésions multiples : 1° Un affaissement partiel du nez (nez retroussé); 2° une fistule lacrymale; 3° une surdité double; 4° la chute de la partie médiane du maxillaire supérieur; 5° une destruction de la voûte palatine (moitié antérieure); 6° une adhérence du pilier postérieur gauche avec le pharynx; 7° enfin, une hyperostose humérale du côté gauche et une exostose tibiale.

Fait curieux à citer dans ce cas, les lésions du nez, des oreilles, de la voûte palatine, c'est-à-dire de l'os maxillaire étaient *bilatérales*, tandis que celles de l'appareil lacrymal, du pharynx et des membres étaient *unilatérales* et toutes du *côté gauche*. Cela n'est-il pas curieux? Ne vous semble-t-il pas que le système nerveux central pourrait bien jouer un certain rôle dans cette localisation singulière, dans cette distribution des lésions syphilitiques. Cette influence est bien connue pour les éruptions cutanées. Il était intéressant d'appeler, Messieurs, votre attention sur ce point.

Une deuxième particularité à noter dans cette intéressante observation, c'est le *non-passage des aliments dans les fosses nasales*, malgré la perforation palatine. Quelques mots en passant, je vous prie, à ce sujet. Vous connaissez les trois temps de la déglutition. Dans le premier temps, — passage de l'aliment de la bouche dans le pharynx, — la pointe de la langue s'applique sur la partie antérieure de la voûte palatine et obture la partie antérieure de la solution de continuité qui a 1 centimètre de large, tandis que le sommet du triangle qu'elle forme, cette légère fente qui ne mesure que quelques millimètres, est trop petit pour laisser passer aucune parcelle alimentaire. Si, au début, les aliments ont passé pendant quelque temps, cela tenait probablement à la sensibilité des parties malades, qui ne permettait pas à la langue d'oblitérer complètement la base de l'orifice. Le reflux par le nez a toujours lieu, au contraire, vous comprenez sans peine pourquoi, lorsque la perte de substance intéresse la partie postérieure du palais dur ou le palais mou.

Il faut insister, en outre, sur la *marche lente* de la perforation de la voûte palatine (palais dur) par opposition à la marche rapide, qui s'observe lors

©BIU Santé

de lésion de la portion molle, marche rapide qui exige une intervention immédiate et active, si l'on veut éviter une perforation complète et irrémédiable.

Ceci dit, je reviens vite au problème clinique que nous avions à résoudre. De quelle nature étaient ces lésions multiples? Reconnaissaient-elles une cause unique ou plusieurs causes à la fois? Grande fut d'abord, je l'avoue, mon hésitation?

Cet ensemble de symptômes pouvait relever : ou bien de la *scrofule*, ou bien de la *syphilis*.

1° Voyons d'abord ce qui plaidait en faveur de la scrofule :

a) Cette enfant n'avait-elle pas, en effet, un frère devenu bossu? Il est vrai que c'était à la suite d'un accident; du moins, on nous l'a dit. Mais, je le répète, les parents veulent toujours que cette déformation soit due à un traumatisme, parce que la gibbosité, qui est la conséquence de l'affaissement des vertèbres, survient très rapidement, parce qu'ils en constatent souvent l'existence lors d'un accident.

b) D'autre part, dans l'enfance, n'y avait-il pas eu des phénomènes scrofuleux manifestes : croûtes impétigineuses du cuir chevelu, inflammation chronique du bord des paupières et de la conjonctive, fistule lacrymale, otite moyenne banale? Il n'est pas jusqu'au coryza qu'on ne pût aussi, au début, invoquer en faveur de la scrofule; de même pour la destruction partielle des os du nez, pour la chute de l'os intermaxillaire et des dents correspondantes, et même pour la perforation de la cloison et de la voûte palatine.

Aussi on aurait dit, il y a quelques années : *scrofulide ulcéreuse maligne*, ou *lupus scrofuleux*. Mais une étude plus attentive, une analyse plus rigoureuse des faits a montré, grâce aux beaux travaux de M. le professeur Alfred Fournier, que les symptômes que je viens de rappeler en dernier lieu (affaissement du nez, perforation de la cloison et de la voûte palatine, etc.) relevaient bien plus souvent de la syphilis que de la scrofule.

2° En faveur de la *syphilis*, chez notre malade, plaidaient fortement et je dirai même indiscutablement : *a*) l'hyperostose de la tête humérale; *b*) l'exostose du tibia; *c*) les signes fournis par l'examen de l'isthme du gosier et du pharynx qui ne présentaient aucune lésion pouvant se rapporter à la scrofule; en effet, l'adhérence du pilier postérieur gauche ne pouvait être que la conséquence de la syphilis. Par l'analyse clinique, nous arrivions donc à cette conclusion : *lésions hybrides de deux origines différentes :* les unes manifestement *scrofuleuses*, les autres sûrement de nature *syphilitiques*.

Toutefois, nous étions arrêtés sur un second point, à savoir l'absence de renseignements précis en ce qui concerne le père et la mère de l'enfant.

Le père était vigoureux, nous avait-on dit; mais il ne faut pas oublier que c'était un véritable vert-galant qui a fini par abandonner sa famille légitime. En second lieu, les apparences de la santé peuvent coïncider avec une syphilis en puissance au moment de la conception d'un enfant.

La mère serait aussi de bonne santé habituelle, mais nous sommes autorisés à garder quelques doutes à cet égard : malgré nos vives instances, elle s'est toujours dérobée à notre examen. Elle a probablement quelques motifs pour agir ainsi.

Malgré ces lacunes, je crois que nous pouvions admettre chez notre

malades l'existence d'une yphilis héréditaire tardive. N'y a-t-il pas eu d'ailleurs accouchement avant terme ?

J'exclus ici la syphilis tertiaire qui — comme on le sait — ressemble en tous points à cette dernière, parce que nous n'avons trouvé dans les antécédents aucune trace d'accidents primitifs ou secondaires.

Il s'agissait donc bien : 1° de manifestations scrofuleuses anciennes ; 2° de manifestations syphilitiques héréditaires tardives.

Pour sortir d'embarras d'ailleurs, je résolus de recourir aux lumières de M. Fournier. La malade fut conduite à l'hôpital Saint-Louis. Après un examen minutieux, comme il sait les faire, le savant maître formula ainsi son diagnostic que j'acceptai avec empressement et qui fut complètement vérifié par la suite :

Syphilis héréditaire tardive sur un terrain scrofuleux.

Je dis que ce diagnostic fut vérifié par la suite. En effet, le traitement dirigé suivant ces deux indications : Scrofule (huile de foie de morue, préparations iodées, etc.) ; syphilis (iodure de potassium donné à la dose de 1 à 3 grammes et continué pendant toute la durée du séjour de la malade dans notre service) donna le résultat que vous avez pu constater tout à l'heure.

L'état général de l'enfant est aussi satisfaisant que possible. Elle a engraissé d'une manière notable. Sa mine est presque florissante.

Les lésions locales, qui étaient pour la plupart de date ancienne et irrémédiables, se sont presque toutes arrêtées dans leur développement. La déformation du nez ne s'est pas exagérée ; la destruction de la voûte palatine n'a pas progressé, ses bords se sont cicatrisés. L'enfant paraît entendre mieux ; seule la fistule lacrymale est à peu près dans le même état, ainsi que le pilier gauche du voile du palais. L'hyperostose humérale n'est plus appréciable. Les mouvements de l'épaule sont absolument libres. Il n'y a plus aucune douleur en ce point. Les mouvements d'élévation du bras, qui étaient impossibles avant l'administration du traitement antisyphilitique, se font aujourd'hui avec la plus grande facilité. L'exostose tibiale a presque totalement disparu. En ce point, cependant, il est resté encore une certaine tuméfaction de l'os. Les bords qui limitent cette portion du tibia sont moins accusés qu'au bas de la jambe. Il n'y a plus de douleur spontanée ni à la pression.

Messieurs, la syphilis héréditaire tardive n'a été étudiée d'une manière spéciale que depuis une trentaine d'années. Autant l'histoire de la syphilis chez le fœtus et les enfants du premier âge était connue, autant l'histoire de la syphilis héréditaire tardive l'était peu. Les observations ne reposaient que sur des présomptions, des probabilités. En effet, il est toujours possible d'invoquer une syphilis acquise, accidentelle ou non. La syphilis héréditaire tardive peut apparaître dans la seconde enfance, l'adolescence et même dans l'âge adulte. Vous comprenez que, dans ces derniers cas, le doute est tout naturel.

C'est surtout au professseur Alfred Fournier que l'on doit d'avoir, dans plusieurs publications importantes, et en dernier lieu dans un magistral ouvrage (1), tracé d'une manière précise les caractères cliniques de cette forme de syphilis.

Les cas d'hérédo-syphilis, comme on dit aujourd'hui, ne sont point rares,

(1) Fournier (A.) : *De la syphilis héréditaire tardive*. Paris, 1886.

©BIU Santé

comme vous le pensez, dans notre hôpital. J'ai déjà eu l'occasion d'en observer plusieurs cas, et j'en ai étudié un bel exemple dans une de nos conférences de 1884. Je vous demande la permission de vous le rappeler. Le rapprochement de ces deux faits vous montrera encore mieux combien les manifestations de la syphilis héréditaire tardive peuvent être variées et combien aussi leur diagnostic est difficile.

Il s'agissait, dans ce second cas, d'une fillette de 9 ans, couchée au n° 29 de la salle Sainte-Elisabeth, née d'une mère tuberculeuse, d'un père syphilitique, et dont le frère et la sœur, venus au monde avant terme, n'avaient vécu que quelques semaines. Elle-même était née à 8 mois et demi.

Dans son enfance, elle avait eu différentes manifestations scrofuleuses; à savoir : de la blépharo-conjonctivite chronique, de l'impétigo, des adénopathies sous-maxillaires. A l'âge de 3 ans, elle était devenue sourde, et cette infirmité avait été considerée par M. Ladreit de La Charrière comme la conséquence d'une otite chronique d'origine strumeuse, absolument comme pour notre première malade.

D'autre part, elle présentait, à son entrée, des lésions paraissant bien nettement syphilitiques. D'abord la conformation du nez que je vous ai décrite à propos de la première malade; puis un coryza chronique avec ozène; une perforation de la voûte palatine à l'union de sa portion dure et de sa portion molle; une ulcération profonde, vraisemblablement une gomme ulcérée, sur la partie médiane et antérieure de cette même voûte; plusieurs des altérations dentaires données comme caractéristiques de la syphilis par Hutchinson : le nanisme, des sillons transversaux sur la face antérieure, des dentelures au bord libre; des gommes ulcérées au niveau des régions parotidienne et claviculaire *gauches* et de la face interne du tibia du même côté (tiers moyen). La coïncidence de ces gommes avec d'autres gommes de la voûte palatine démontraient leur origine syphilitique. En effet, on n'a jamais cité, que je sache, l'existence de gommes tuberculeuses dans le voile du palais. Il y avait encore des exostoses frontales; une hyperostose du condyle externe du fémur et du *tibia gauches*; enfin, un bruit de souffle systolique à la pointe du cœur. Mais je laisse de côté ce symptôme en raison de son extrême rareté, comme manifestation cardiaque de la syphilis tertiaire ou de l'hérédo-syphilis, bien qu'aucune cause connue chez notre malade ne permît de l'expliquer. Je n'ai point du tout l'intention de traiter aujourd'hui de la syphilis du cœur, question encore bien obscure.

Les divers symptômes que je viens d'énumérer étaient évidemment aussi des manifestations de la syphilis et de la syphilis héréditaire, car nous n'avons trouvé aucune trace de syphilis acquise.

Dans ce cas, comme dans le précédent, nous vîmes la plupart des symptômes que nous avions rapportés à la syphilis s'amender rapidement. Seuls ceux qui avaient amené des lésions à peu près irrémédiables, telles que la déformation du nez, la perforation du voile du palais, ne subirent pas de modifications.

Messieurs, il est une question des plus intéressantes qui se présente naturellement, dans des cas pareils, à l'esprit de tout observateur attentif. Comment la syphilis peut-elle rester latente pendant aussi longtemps, huit, dix, quinze et même un plus grand nombre d'années?

Il est impossible de répondre aujourd'hui à cette question. Mais, tout d'abord, je ferai remarquer que le même phénomène se passe pour la

syphilis tertiaire. Tout médecin a pu voir les manifestations viscérales de la syphilis se montrer de nombreuses années après la disparition des accidents primitifs ou secondaires sans qu'aucun phénomène morbide ait révélé dans l'intervalle la permanence du mal. Ainsi j'ai eu l'occasion d'observer pour ma part un homme de 47 ans atteint d'une syphilis hépatique qui apparut trente ans après la guérison d'un chancre induré, en même temps qu'une gomme de la *clavicule gauche*, sans qu'aucun accident intermédiaire se fût manifesté. La cirrhose syphilitique était localisée au lobe *gauche* du foie. Cet homme fut traité par l'iodure de potassium à doses élevées, guérit et vit encore avec la moitié droite de son foie qui seule peut lui être utile.

En outre, les affections diathésiques, telles que le cancer héréditaire, dont l'origine probable remonte à la conception de l'être qui en sera ultérieurement atteint, présentent souvent aussi une évolution tardive Ces faits, je le répète, ne peuvent encore recevoir d'explication satisfaisante, mais ils n'en sont pas moins incontestables.

Une dernière remarque, Messieurs, en terminant. N'avez-vous pas été frappés, en entendant l'histoire clinique des deux petites malades que je viens de résumer, de la localisation exclusive à un côté du corps, pour un certain nombre d'accidents syphilitiques? N'avez-vous pas remarqué que chez elles, de même que d'ailleurs chez l'adulte dont je vous ai cité au hasard l'exemple, ces accidents occupaient toujours le côté gauche? A quoi attribuer cette préférence? Y a-t-il là une simple coïncidence? Permettez-moi de vous signaler simplement le fait, ce siège de prédilection; pour les cas ci-dessus, à l'heure qu'il est, je crois, il serait fort difficile de trouver une explication suffisante. Espérons que bientôt nous aurons trouvé la raison d'une telle distribution des lésions, de leur unilatéralité dans certains cas, de même que la solution de bien d'autres problèmes plus importants encore, relevant du domaine de l'hérédo-syphilis.

CORRESPONDANCE

Liège, le 12 avril 1888.

Monsieur le rédacteur en chef,

Je fais appel à votre impartialité pour me permettre de rectifier plusieurs assertions, absolument inexactes, qui se sont glissées dans le compte rendu de mon *cours d'accouchements*, publié dans votre estimable journal du 27 mars dernier.

Il y est avancé « que les principes professés s'écartent beaucoup de ceux des écoles françaises ». La vérité est que j'ai adopté, sur la plupart des points, les opinions des bons auteurs; les noms des accoucheurs de votre pays sont cités avec éloge dans la préface et se retrouvent à chaque instant dans le corps de l'ouvrage.

Votre collaborateur se borne, dit-il, à deux ou trois *citations*. Or, il ne donne *aucune citation* de mon livre, et c'est par une interprétation tout à fait erronée du texte qu'il me fait enseigner : 1° que l'accouchée se trouve bien de se lever le sixième jour; — 2° qu'il est indiqué d'administrer de l'ergot pendant l'accouchement et l'avortement; — 3° que les exemples de femmes qui accouchent à onze mois ne sont pas rares.

Il suffirait d'une *citation complète* des passages relatifs aux points ci-dessus pour montrer à vos lecteurs qu'on ne peut se tromper sur ma manière de voir.

Ainsi, à propos du 3°, voici, *en deux mots*, ce que j'ai écrit : « La grossesse dure de 270 à 280 jours; certains auteurs fixent exactement 276 jours; il y a de légères différences entre les femmes; du reste, le moment probable de la conception est difficile à déterminer, le doute est toujours permis. Chez les animaux, où tout peut être contrôlé,

©BIU Santé

on constate des écarts notables; exemples donnés. Des écarts peuvent certainement aussi exister dans l'espèce humaine. Les accouchements prématurés et précoces ne sont pas niés; les accouchements tardifs ou retardés sont plus rares et ne sont pas admis par tous les accoucheurs. La loi fixe, comme maximum, le 300e jour..... » Je termine enfin par cette phrase que je transcris exactement : « Nous avons vu deux cas où toutes les apparences étaient en faveur d'une grossesse ayant duré dix mois et demi à onze mois. La longueur et le poids des enfants dépassaient notablement les moyennes ordinaires obtenues à terme ».

Peut-on dire que cet enseignement s'écarte beaucoup du vôtre, qu'il est d'une originalité dangereuse, que les étudiants français ou autres y puiseraient des connaissances fausses? Peut-on inférer du chapitre dont j'ai donné un résumé succinct, « que les exemples de femmes qui portent jusqu'au onzième mois, ne sont pas rares. » Je laisse vos lecteurs juges de la réponse.

Votre collaborateur ne peut conseiller mon livre pour guide aux jeunes docteurs. On le conçoit aisément puisqu'il a mal compris le texte. Cependant, d'autres confrères autorisés ont émis un avis diamétralement différent.

Permettez-moi de faire remarquer, en effet, que M. le professeur Charpentier, l'auteur du *Traité complet d'accouchements* si connu et si bien rédigé, a dit entre autres choses, en présentant mon livre à l'*Académie de médecine de Paris*, le 28 février dernier, « qu'il peut rendre de réels services aux *jeunes praticiens* et mérite de prendre rang dans la bibliothèque de l'Académie ». (Voir *Bulletin officiel*, p. 284.)

Le bibliographe de la *France médicale* (année 1888, p. 36) termine son compte rendu en disant « qu'il a été heureux de lire ce livre, que l'on verra certainement *dans toutes les mains* avant qu'il soit longtemps ».

La *Revue internationale des sciences médicales* termine comme suit : « Etude complète, etc... exposés clairement, sobrement, en font un livre utile à tous les praticiens et qui sera goûté énormément *des étudiants*, auxquels l'étude de l'obstétrique semble souvent aride ».

La *Revue médico-chirurgicale* (1888, page 47) : « Travail consciencieux, remarquablement fait, présenté, et dont on ne saurait trop conseiller la lecture à tous ceux qui s'intéressent à l'obstétrique, c'est-à-dire à presque tous les médecins. »

Je pourrais encore signaler les appréciations des *Nouvelles archives d'obstétrique et de gynécologie*, des *Archives de tocologie*, du *Journal des sages-femmes*, etc.; mais, je m'arrête. (Je ne cite que les publications françaises.)

Je demande pardon à vos lecteurs de ce plaidoyer *pro domo;* ils compendront le sentiment pénible que j'ai éprouvé en lisant le compte rendu de votre estimable journal et la nécessité impérieuse dans laquelle je me suis trouvé d'entrer dans quelques détails.

Je compte sur votre obligeance, Monsieur le rédacteur, pour obtenir l'insertion de cette lettre dans un de vos plus prochains numéros, et vous prie d'agréer mes meilleures salutations.

Dr N. CHARLES.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril. — Présidence de M. POLAILLON.

SOMMAIRE : Présentation d'ouvrage. — Kystes du sinus maxillaire. — Œdème aigu du larynx. — De l'intervention chirurgicale dans les plaies pénétrantes de l'abdomen. — Salpingo-ovarites traitées et guéries par l'extirpation des annexes de l'utérus.

M. DESPRÈS offre en hommage la 3e édition de son *Traité de chirurgie journalière*.

— M. MAGITOT, à l'occasion du procès-verbal, déclare qu'il s'associe aux réserves exprimées par M. Berger sur l'existence de l'hydropisie du sinus maxillaire. Depuis les observations publiées au siècle dernier, on n'en a plus vu d'exemple, et, sur ce point,

M. Magitot n'a pas été plus heureux que M. Berger. Mais si le kyste et l'hydropisie du sinus maxillaire doivent être considérés comme passés désormais dans le domaine de la légende, il n'en est pas de même du catarrhe de cette cavité. Ce catarrhe est une réalité; mais, loin de chercher à obturer une fistule consécutive à une semblable affection, M. Magitot estime, avec M. Desprès, que le chirurgien doit s'occuper avec soin de la maintenir indéfiniment, sous peine de voir survenir un ozène insupportable.

M. Terrier, en l'absence de M. Quénu, répond que la question est tout autre que ne le pense M. Magitot. M. Quénu, en effet, a reconnu, sur les observations qui lui ont été faites dans la dernière séance, qu'il ne s'agissait ni d'un kyste, ni d'une hydropisie du sinus maxillaire, mais simplement de l'ouverture de ce sinus à l'extérieur, vraisemblablement à la suite d'un kyste alvéolaire qui se serait ouvert, d'une part, dans l'alvéole, d'autre part, dans la cavité du sinus, sans qu'il y ait jamais eu trace de suppuration dans cette dernière cavité. On comprend, dès lors, que la fistule ait pu être oblitérée par une opération autoplastique parfaitement indiquée, sans amener les inconvénients auxquels MM. Desprès et Magitot ont fait allusion.

— A l'occasion du rapport de M. Chauvel sur un cas de plaie du larynx suivie de mort subite par œdème de la glotte, M. Monod fait remarquer qu'il n'est nullement nécessaire, pour expliquer la mort subite, de faire intervenir un traumatisme purement hypothétique, car il existe dans la science plusieurs exemples d'œdème aigu du larynx consécutif à l'action du froid, ayant entraîné la mort subite sans lésion traumatique de cet organe.

— *Suite de la discussion sur les plaies pénétrantes de l'abdomen.* — Depuis sept ans qu'il est chirurgien de l'hôpital de la Charité, M. Desprès a eu l'occasion d'observer sept cas de ce genre. Sur ces sept cas, deux ont été suivis de mort. Les deux sujets avaient des plaies pénétrantes de l'abdomen par balles de revolver du calibre n° 7. M. Desprès ne crut pas devoir intervenir et il s'applaudit de son abstention, car, chez l'un, la balle avait, de bas en haut, traversé de part en part l'estomac, le diaphragme et l'un des poumons pour se loger dans la colonne vertébrale. Apporté à l'hôpital de la Charité, le 11 mars 1887, avecdu ballonnement du ventre et des hémoptysies abondantes, le blessé succombait le lendemain. L'autre blessé avait reçu un coup de revolver dans les reins; il avait uriné du sang pur. Il succomba au bout de trois jours. L'autopsie montra que la balle avait traversé de part en part la substance rénale et perforé le côlon descendant. Ici encore, comme dans le premier cas, il n'y avait pas lieu d'intervenir, car il eût fallu, outre la suture des deux plaies de l'intestin, pratiquer la néphrectomie par l'intérieur du ventre, et M. Desprès ne croit pas que le blessé eût pu survivre à une semblable opération.

Dans les cinq autres faits, terminés par la guérison, M. Desprès s'est également abstenu de toute intervention.

M. Desprès conclut, de l'analyse de ces sept faits, qu'il a eu raison de s'abstenir de toute intervention : d'une part, l'autopsie des deux blessés qui ont succombé, ayant montré que la laparotomie eût été inutile; d'autre part, la guérison des cinq derniers malades ayant justifié l'inopportunité de l'opération. Pour s'assurer, autant que possible, de la possibilité de l'existence d'une plaie de l'intestin, M. Desprès pense qu'il faut surtout avoir égard à deux symptômes essentiels : d'une part, l'état de stupeur du blessé, symptôme sur lequel les anciens chirurgiens appelaient particulièrement l'attention; d'autre part, le ballonnement du ventre. Lorsque ces symptômes manquent, il est très probable qu'il n'existe pas de plaie de l'intestin.

M. Tillaux : L'opinion qui semble jusqu'ici prévaloir au sein de la Société de chirurgie pourrait se résumer dans les deux préceptes pratiques suivants : lorsqu'il n'existe pas d'accidents, abstenez-vous; — au moindre accident qui survient, agissez. M. Tillaux trouve ce dernier précepte un peu vague. Que signifient, en effet, ces mots : « au moindre accident? » Est-ce quand il existe de la fréquence du pouls?

M. Tillaux dit qu'il préfère la temporisation, et cela pour les trois raisons suivantes : 1° il est certain que des blessés ont guéri spontanément après des plaies pénétrantes de

©BIU Santé

l'abdomen par balles de revolver ; — 2° la laparotomie présente, dans les cas de plaies pénétrantes, une gravité extrême, surtout lorsque le chirurgien est obligé de se livrer à une exploration complète de la cavité abdominale ; — 3° on est souvent dans une incertitude absolue de ce que l'on trouvera dans le ventre.

Au mois de février dernier on apportait, dans son service de l'Hôtel-Dieu, un jeune homme de 23 ans qui s'était tiré dans le ventre un coup de revolver. L'état du blessé était des plus graves et il n'était pas un instant douteux qu'il n'y eût une plaie pénétrante. Le blessé mourut le lendemain.

A l'autopsie pratiquée avec le soin le plus minutieux, on ne trouva de plaie ni du petit, ni du gros intestin ; mais, en revanche, il y avait une plaie de la rate et une autre plaie du rein gauche. La balle fut retrouvée dans la région sacro-lombaire gauche.

M. Tillaux pense qu'à sa place un autre chirurgien eût été tenté d'intervenir ; mais il est facile de voir où cette intervention aurait conduit l'opérateur.

En résumé, il est plus sage de s'abstenir toutes les fois qu'on ne sait pas à quelle lésion l'on a affaire.

M. Marc Sée a observé un certain nombre de cas de ce genre, et il avoue que ces faits ne l'ont conduit à aucune conclusion certaine. Parmi ces faits, il n'en veut citer que deux observés dans le courant de cette année.

Chez l'un et l'autre, il existait une perforation de l'estomac. Cet organe avait été atteint pendant l'état de vacuité, la blessure ayant été faite chez l'un avant le repas du matin, chez l'autre quatre heures environ après le repas. Le premier blessé avait eu, à la suite, une hématémèse formidable, ne laissant aucun doute sur l'existence d'une plaie de l'estomac. M. Sée vit le malade seize heures environ après l'accident ; l'hématémèse ne s'était pas reproduite. Comme il n'existait aucun phénomène anormal, le pouls et la température étant à peu près comme dans l'état de santé, M. Sée crut devoir s'abtenir de toute intervention, et le malade sortit de la maison de santé complètement guéri, un peu plus d'un mois après son entrée.

Peu de temps après ce premier fait, M. Sée observa un homme de 40 ans, qui avait reçu un coup de revolver à la partie supérieure de la région lombaire. La balle avait traversé l'abdomen, mais, malgré les recherches les plus attentives, il n'avait pas été possible de trouver le trou de sortie. Appelé auprès du blessé une demi-heure après l'accident, M. Sée le trouva dans un calme parfait, sans anxiété, avec un pouls normal, ainsi que la température. Dans la nuit du troisième jour, survinrent des vomissements très abondants d'un liquide noirâtre, dont on ne put pas bien s'expliquer la nature et que l'on crut pouvoir attribuer à quelque affection de l'estomac antérieure à l'accident. Quoi qu'il en soit, le malade fut pris tout à coup, le sixième jour, d'une élévation considérable de la température, élévation qui s'accentua encore et se termina par la mort le lendemain. A l'autopsie, on constata l'existence d'une perforation de l'intestin grêle un peu au dessous de l'orifice pylorique. Il y avait, en outre, du ballonnement du ventre avec un très léger épanchement de sang dans la cavité pelvienne et de gaz dans la cavité péritonéale, sans trace de péritonite. M. Sée incline à croire que le malade a succombé à une sorte d'infection produite par la résorption des gaz putrides épanchés dans la cavité péritonéale.

Sans doute, il eût été facile, dans ce cas, de pratiquer, après la laparotomie, la suture ou la résection de l'intestin perforé ; mais il n'existait pas d'accident, sauf les vomissements de sang du troisième jour, après lesquels tout avait semblé rentrer dans l'ordre. M. Sée estime que la grande question est celle de savoir si la plaie de l'abdomen est ou non pénétrante, car, dans le premier cas, on est à peu près assuré qu'il existe une lésion viscérale, et le devoir du chirurgien est alors d'intervenir.

— M. Bouilly communique le résumé d'une série d'observations de salpingo-ovarites ayant déterminé, chez de jeunes femmes, des accidents graves, et qu'il a traitées et guéries par l'extirpation des annexes de l'utérus. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Février 1888.

M. Huchard a communiqué à la Société le résultat de ses recherches sur l'antipyrine. Efficace contre les manifestations névralgiques, elle est le plus souvent sans effet dans les coliques néphrétiques et hépatiques; ce médicament lui paraît nuisible dans l'angine de poitrine, dans les affections rénales s'accompagnant d'albumine, dans la forme rénale de la fièvre typhoïde, puis chez les artério-scléreux, et, en général, dans toutes les maladies où l'on doit éviter de diminuer l'excrétion urinaire.

Par contre, ce médicament doit rendre des services dans les polyuries nerveuses, en modérant la congestion rénale. M. Huchard cite les travaux de Legroux, Grummer (de Suisse); puis ses recherches personnelles sur l'emploi efficace de l'antipyrine dans le traitement des diabétiques.

Dans la discussion qui s'est engagée, M. Philbert a fait remarquer qu'il n'a tiré aucun avantage de l'emploi de l'antipyrine dans la coqueluche; elle n'a non plus amené aucun accident. M. G. Sée, ainsi que l'a fait remarquer M. Wickham, traite à l'hôpital des diabétiques par l'antipyrine, mais les résultats ne sont pas concluants. Enfin, MM. Tripet et Ory ont soulagé des goutteux en leur donnant le médicament.

M. Valude a fait connaître un cas d'ophthalmie scrofuleuse survenant à la suite de la rougeole. Il existe pour lui une variété spéciale d'ophthalmie purulente scrofuleuse, laquelle tient étroitement par son origine à l'infection rubéolique. Cette affection peut se caractériser par les signes suivants : chez un sujet lymphatique, scrofuleux, on voit apparaître une conjonctivite simple ou phlycténulaire qui joue le rôle de phénomènes prémonitoires. Puis survient la période d'état caractéristique; un gonflement particulier des paupières qui sont infiltrées et dures comme dans la diphthérie oculaire; la sécrétion qui est peu abondante, mais surtout qui est plutôt séro-purulente que purulente. Ces divers accidents suivent une marche bâtarde, torpide, qui les distingue nettement de ceux de la conjonctivite purulente franche. Cette affection vient le plus souvent dans les quelques semaines qui suivent l'évolution de la rougeole.

Il faut séparer entièrement cette forme morbide de la diphthérie oculaire, d'abord avec laquelle elle offre à la vérité peu de ressemblance, puis de la conjonctivite purulente ordinaire et même de l'ophthalmie purulente des scrofuleux que décrit Galezowski dans son traité. Ces deux dernières maladies, en effet, sont remarquables par l'intensité du phénomène réactionnel et par la qualité de la sécrétion qui est formée de matière purulente vraie; de plus, le traitement par les caustiques réussira ici, tandis qu'il est absolument contraire dans la variété d'ophthalmie scrofuleuse que M. Valude a en vue.

— M. Schwartz relate une observation d'arthrotomie tibio-tarsienne pour une ostéo-arthrite fongueuse du cou-de-pied. Il ne s'agit pas seulement, dans une arthrite fongueuse avec collection purulente, d'évacuer le pus, mais encore de modifier la synoviale et les tissus articulaires, d'enlever les produits tuberculeux dont peut être tapissée la séreuse, d'extirper les foyers osseux comme cela se rencontre le plus souvent. Pour cette raison, l'arthrotomie simple avec drainage n'a pas donné de bons résultats, et il a presque toujours fallu y joindre l'ablation des parties malades du côté des os ou des parties molles, en faisant une véritable arthrotomie.

Dans le fait qui est le sujet de la communication de M. Schwartz, il s'agit d'une attaque de rhumatisme articulaire qui se termina, chez une femme fatiguée, ayant subi bien des privations, par une localisation unique sur une des jointures d'abord atteintes. Il se forma autour de l'article un premier foyer complètement indépendant de lui, une gomme tuberculeuse circonvoisine; puis, celle-ci guérie, la maladie marcha et se manifesta par un abcès cette fois interarticulaire. Une intervention précoce empêcha la diffusion du mal dans toute la jointure et amena la guérison.

Nous avons encore à signaler un rapport de M. Schwartz sur le traitement des tumeurs érectiles par l'électrolyse lu à propos du travail de candidature présenté par le docteur

©BIU Santé

Redard. Il y insiste avec soin sur de nombreux détails opératoires. Les aiguilles à électrolyse, de préférence en or ou en platine, longues de 5 à 6 centimètres, doivent être recouvertes de vernis sur toute leur longueur; il n'y a qu'aux deux extrémités qu'elles peuvent être libres, au bout pointu et à celui à mettre en communication avec la pile. La partie vernie doit toujours être en contact avec toute l'épaisseur de la peau, sinon cette dernière est altérée lors du passage du courant. Le procédé de choix consiste à enfoncer les aiguilles positives seules dans la tumeur, l'autre pôle étant une forme de plaque fixée sur un point quelconque du corps. Quand il s'agit d'une région très riche en nerfs, on fait au point qui doit être piqué une injection de cocaïne à 1/20. Lors d'une tumeur volumineuse, il faut quatre à six aiguilles; deux à trois suffisent quand elle est petite.

Schwartz et Boudet ont été jusqu'à un courant de 40 et 50 milliampères dans les régions profondes et peu sensibles, jusqu'à 30 et 35 autour des orbites et sur le front; chez les enfants, on peut s'en tenir à 10 ou 20 milliampères. La séance de passage doit durer de six à huit minutes, jusqu'à dix minutes. Quand on veut terminer, on revient lentement à 0. Un instrument spécial, construit sur les indications de M. Boudet, favorise l'introduction des aiguilles. — P. C.

COURRIER

Assistance publique. — Dans sa réunion de jeudi 12 avril, le Conseil de surveillance de l'assistance publique a voté l'adoption d'un projet d'installation, à la Maternité, de la nouvelle chaire de clinique obstétricale votée par la Faculté de médecine, et décidée en principe. Le projet voté par le Conseil de surveillance permettra aux étudiants en médecine de faire, dans le cours de leur dernière année, une moyenne de trois accouchements par élève.

Projet de Faculté de médecine a Marseille. — La Commission de la Faculté de médecine s'est réunie samedi matin à dix heures. Elle a entendu la continuation du rapport de M. Gourret, qui a examiné, dans cette séance, les divers enseignements que devra comporter la future Faculté. Parmi les créations qui s'imposent, vient en première ligue la chaire de bactériologie, appelée à rendre de très grands services dans notre ville que des épidémies ont malheureusement trop souvent visitée. Les plans de la future Faculté sont à l'étude et il sera bientôt possible à la Commission de statuer sur l'importante question de la création d'une Faculté que, depuis 1866, tous nos Conseils municipaux ont inutilement réclamée. (*Bull. méd.*)

Hôpital Saint-Louis. — M. Hallopeau commencera le jeudi 19 avril, à dix heures du matin, dans la salle n° 1 du pavillon Bazin, ses leçons sur les maladies cutanées et syphilitiques, et les continuera les jeudis suivants, à la même heure.

Asile Sainte-Anne. — M. le professeur Ball a commencé ses cours de médecine mentale, à l'asile Sainte-Anne, le dimanche 15 avril, à dix heures du matin, et les continuera les dimanches et jeudis suivants, à la même heure.

L'irrégularité de la menstruation et la chlorose sont combattues avec succès par la Liqueur de Laprade à l'albuminate de fer. — Une cuillerée à chaque repas.

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.

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. L.-H. Petit : Sur les affections cardiaques et artérielles consécutives à la fièvre typhoïde. — II. Hydrologie thérapeutique : Hunyadi-Janos. — III. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — Société médicale des hôpitaux. — IV. Formulaire. — V. Courrier. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

Sur les affections cardiaques et artérielles consécutives à la fièvre typhoïde.

Les complications artérielles et cardiaques qui surviennent au cours et au déclin de la fièvre typhoïde ont été signalées par un certain nombre d'observateurs dans ces dernières années; mais les conséquences éloignées de ces complications n'étaient guère connues, si même elles l'étaient; comme pour certaines maladies infectieuses, l'érysipèle, la scarlatine, la fièvre puerpérale, etc., on connaissait les déterminations aiguës de la fièvre typhoïde sur le cœur, mais en présence d'une affection cardiaque déjà ancienne, on ne soupçonnait pas les rapports possibles de cette affection avec une fièvre typhoïde déjà éloignée. MM. Landouzy et A. Siredey, dans d'intéressants articles parus dans la *Revue de médecine* d'octobre 1885 et d'octobre et novembre 1887, ont étudié la question dans tous ses détails, et donné à cet égard des renseignements de nature à jeter une grande lumière sur les localisations angio-cardiaques typhoïdiques, et sur leurs conséquences immédiates, prochaines et éloignées.

I. — Les lésions artérielles et cardiaques trouvées à l'autopsie des sujets morts de fièvre typhoïde, alors que plusieurs d'entre eux n'en avaient présenté aucun symptôme pendant la vie, rendent compte de la manière dont ces lésions constituent dans la suite des affections graves définitives, et de l'impossibilité pour les médecins de songer à la relation qui existe entre les unes et les autres; la période de latence qui sépare la fièvre typhoïde de l'affection cardiaque masque en quelque sorte cette relation.

Un premier examen des lésions cardiaques montre que les orifices sont rarement altérés, et que ces lésions portent surtout sur le muscle cardiaque, le cœur droit étant à peu près sain dans tous les cas.

L'aorte et les artères qui en partent présentent des altérations plus évidentes; la première est ordinairement dilatée, sa surface externe injectée, sa surface interne à peu près saine dans tous les cas, quoique souvent le siège de plaques laiteuses légèrement saillantes et irrégulièrement distribuées.

Au microscope, on trouve que les altérations musculaires siègent surtout au voisinage de la pointe et des gros piliers de la mitrale, fait important en raison de la gêne qui en résulte pour le fonctionnement des valvules. La fibre musculaire subit soit une dégénérescence granulo-graisseuse, soit plutôt une atrophie causée par la compression qui résulte de la prolifération aiguë du tissu interstitiel. Les artères sont atteintes dans toutes leurs parties constituantes par une sorte de végétation qui amène l'oblitération des artérioles cardiaques. La lésion la plus importante semble exister entre

©BIU Santé

les fibres musculaires; elle consiste dans une prolifération active de cellules embryonnaires et une sorte d'œdème aigu qui dissocie les éléments musculaires en y créant de petites lacunes qui font ressembler leur trame à une véritable éponge. L'hyperplasie du tissu conjonctif, caractérisée à la fois par l'afflux des cellules migratrices et par la prolifération sur place des cellules fixes du tissu conjonctif, contribue à étrangler les éléments musculaires qui subissent assez promptement l'atrophie simple ou la dégénérescence granulo-graisseuse.

Que deviendront ces lésions dans la suite? On peut admettre, d'après ce que l'on sait de la destinée de la prolifération des éléments conjonctifs, que, dans un certain nombre de cas, la guérison surviendra par effacement des lésions, mais, dans les autres, la sclérose interstitielle prendra la place de cette prolifération. Des *épines de sclérose* resteront dans les interstices du myocarde, dans les tuniques artérielles, « sur tous les points où celles-ci auront été atteintes, dans l'aorte, dans les parois cardiaques, dans les différents viscères et dans les membres; et, en raison de ses tendances essentiellement envahissantes, cette sclérose gagnera de proche en proche, comprimant les éléments nobles, substituant à des tissus physiologiquement vivants une trame inerte..... Ce travail d'envahissement peut se faire lentement, d'une manière silencieuse, conduisant en de longues années le malade à l'artério-sclérose.

« L'altération des tuniques aortiques se propagera jusqu'aux valvules sigmoïdes et bientôt, par diffusion, jusqu'à la mitrale, si ces valvules avaient été tout d'abord épargnées. Il en pourra résulter des lésions orificielles permanentes définitives qui accentueront singulièrement les phénomènes cardiaques de l'artério-sclérose. »

Ces phénomènes angio-cardiaques peuvent donc n'être reconnus qu'un temps plus ou moins long après la fièvre typhoïde, des mois, des années même, temps pendant lequel ces lésions s'organisent et modifient peu à peu le fonctionnement de l'appareil circulatoire, en le conduisant de l'état normal à l'état pathologique plus ou moins prononcé. Quand ces phénomènes se manifestent pendant le cours de la maladie ou de sa convalescence, il est facile de saisir la relation de cause à effet, mais non lorsque la période de latence dure plusieurs mois ou plusieurs années; il en est de même suivant que l'on a constaté ou non des phénomènes de complication cardiaque pendant la maladie. Cette relation éloignée, admise par tout le monde pour le rhumatisme, ne l'est pas encore, mais doit l'être maintenant, d'après les observations publiées par MM. Landouzy et A. Siredey.

II. — « *Au point de vue clinique*, les manifestations cardio-vasculaires de la fièvre typhoïde se montrent sous deux aspects différents : tantôt la prompte généralisation des lésions, l'affaiblissement rapide du cœur ou son arrêt brusque donnent lieu à des complications soudaines presque fatalement mortelles; tantôt, au contraire, les altérations cardiaques ou artérielles évoluent lentement, silencieusement et provoquent à une échéance plus ou moins éloignée des cardiopathies d'intensité variable.

« La première de ces formes est connue depuis longtemps; elle avait attiré l'attention des premiers observateurs de la fièvre typhoïde et maintenant elle est signalée dans toutes les descriptions classiques. » Aussi n'y insisterons-nous pas. La seconde, que MM. Landouzy et Siredey ont surtout voulu mettre en évidence, comprend « les affections cardio-vasculaires qui, constituées sourdement, silencieusement, sans retentissement sympa-

tomatique au cours de la dothiénentérie, passent à l'état chronique et vont laisser aux malades *guéris* de la fièvre typhoïde de véritables *infirmités* angio-cardiaques ».

Le début en est insidieux, et l'affection cardiaque ne se manifeste que lorsque le travail de sclérose est déjà assez avancé autour des artères ou entre les faisceaux du myocarde pour déterminer des lésions orificielles. « En raison de l'intégrité des orifices jusqu'à une période avancée, on ne peut guère compter avec certitude sur les renseignements fournis par l'auscultation. Aussi faut-il observer les malades avec soin pendant toute la durée de la fièvre typhoïde, et même pendant la convalescence. Il faut joindre à une auscultation minutieuse une exploration attentive du pouls, la recherche de la pointe du cœur pour apprécier la moindre tendance à l'hypertrophie, il faut relever les plus légers troubles de la circulation périphérique et surveiller exactement les urines au point de vue de la quantité et de la qualité », dont les troubles traduisent les modifications des valvules cardiaques et des parois vasculaires.

Les premiers bruits révélateurs de l'organisation des lésions typhoïdiques ne sont constants ni dans leur siège ni dans leur rapport avec la révolution cardiaque; ils peuvent se produire au niveau de l'orifice mitral ou de l'orifice aortique, ou même sur le trajet de l'aorte, et encore peuvent-ils varier chez chaque malade et présenter chez le même malade des différences très accusées d'un jour à l'autre, suivant l'évolution de la complication cardio-aortique.

A ces phénomènes s'ajoutent parfois la pâleur de la face, l'affaiblissement, une légère dyspnée, des douleurs rétro-sternales avec irradiations vers les espaces intercostaux du côté gauche et très variable d'intensité depuis une simple gêne jusqu'aux caractères de l'angine de poitrine; dans ce dernier cas, on constate rapidement l'hypertrophie du cœur. En même temps apparaît le pouls aortique, indice du développement des lésions de ce côté, où elles se montrent plus tôt que vers la valvule mitrale.

Lorsque ces divers épisodes de la maladie sont séparés par des intervalles plus ou moins longs, que le médecin n'a pu suivre le malade, la filiation étiologique et pathogénique de l'infirmité cardiaque est perdue; on ne songe pas à incriminer la fièvre typhoïde. Cette filiation est des plus évidentes chez trois malades observés par M. Landouzy pendant sept, cinq et quatre années, reconnus indemnes d'affection cardiaque jusqu'à leur fièvre typhoïde, et de toute autre affection depuis la fièvre typhoïde. C'est donc bien à celle-ci qu'il faut rapporter l'affection cardiaque et l'artériosclérose plus ou moins étendue qu'ils présentent actuellement et dont on a pu suivre le développement pas à pas, pour ainsi dire, dans les membres, le rein, l'axe cérébro-spinal, etc.

IV. — Le *diagnostic* des déterminations cardio-vasculaires typhoïdiques pendant et après la maladie primitive est plus facile qu'on ne le pense, disent MM. Landouzy et Siredey. Pendant la fièvre typhoïde et sa convalescence, une auscultation minutieuse, l'observation quotidienne du pouls mettront souvent sur la voie; d'après ces auteurs, les enseignements fournis par le pouls sont bien supérieurs, à cet égard, à ceux apportés par la température; celle-ci, indispensable dans le pronostic et certaines indications thérapeutiques, a bien moins d'importance que le pouls dans le jugement à porter sur l'état actuel et futur d'un malade. « Le pouls traduit au doigt toute une série de résultantes et donne sur l'état statique et dynamique

©BIU Santé

vasculaire, aussi bien que sur l'état des forces du malade, tout un ensemble de renseignements que le thermomètre ne pourra jamais fournir. »

Lorsqu'il s'est écoulé plusieurs années entre la fièvre typhoïde et l'époque à laquelle ont été nettement constatés pour la première fois les accidents cardiaques, le diagnostic rétrospectif de la cause de ces accidents peut encore être porté. C'est surtout avec les *séquelles* rhumatismales cardiaques qu'il faut différencier ces accidents. On le peut en considérant que la complication rhumatismale est surtout endocardiaque, et que la complication dothiénentérique frappe au contraire la paroi cardiaque ou la paroi artérielle; dans la première, on trouve les signes des lésions orificielles, portant à la fois sur les valvules mitrale et aortique; dans la seconde, l'induration des artères des membres, des modifications dans le timbre des divers bruits du cœur, modifications n'allant pas jusqu'à constituer des souffles, s'accompagnant d'éréthisme cardiaque facile, sinon habituel, de gêne ou de douleur précordiales, de myocardite.

V. — La *marche* des altérations cardio-vasculaires dothiénentériques n'est pas régulière dans tous les cas; tantôt elles se font d'une manière lente, sourde et insidieuse, conduisant doucement, sans à-coups, le malade à l'artério-sclérose ou à l'athéromasie généralisée; tantôt, sous l'influence de causes apparentes ou non : émotions, infections, surmenage, allongement de la taille, etc., surviendront des poussées aiguës; d'autres fois, une des lésions secondaires prendra une importance particulière, constituant une affection grave qui paraîtra alors indépendante de l'ancienne dothiénentérie : dilatation aortique, néphrite interstitielle, cirrhose ou sclérose cérébro spinale, etc.

VI. — On voit donc combien sont graves et importantes les déterminations cardio-vasculaires typhoïdiques, non seulement en compromettant immédiatement la vie des malades, mais encore en imprimant au système circulatoire une tare indélébile dont il est impossible de calculer toutes les conséquences.

En effet, les lésions cardio-vasculaires laissées par la fièvre typhoïde constituent des lieux de moindre résistance sur lesquels viendront agir toutes les causes de déchéance qui peuvent frapper l'organisme. Les intoxications, les infections comme la syphilis, l'érysipèle, la pneumonie, la diphthérie, la variole, la fièvre tuberculeuse, etc., tous états morbides qui *aiment les artères* et les sclérosent, et augmenteront d'autant la tare de l'organisme.

VII. — Les *indications thérapeutiques* à tirer de ces données sont loin d'être nulles. En combattant l'artérite primitive, on s'opposera à sa diffusion, aux dystrophies secondaires, au processus péri-artérique et aux inflammations interstitielles qui en sont la conséquence. La révulsion péricardiaque et péri-aortique, sous forme de pointes de feu et de cautères, le traitement ioduré associé à la caféine peuvent rendre de grands services. Si on ne peut même ramener *ad integrum* toutes les artères qui ont subi les atteintes de la fièvre typhoïde, on peut éteindre sur place le processus inflammatoire, le modérer, le restreindre, et aboutir à ce résultat que l'endartérite typhoïdique reste une localisation sur tel ou tel point circonscrit du cœur.

La connaissance de la filiation étiologique et pathogénique des affections cardio-vasculaires consécutives à la fièvre typhoïde a encore une conséquence importante au point de vue de la prophylaxie de ces affections.

« S'il est démontré, disent MM. Landouzy et Siredey, que bon nombre de maladies des divers appareils, de cardiopathies, entre autres, n'ont pas d'autre origine que la fièvre typhoïde, on peut espérer qu'en soignant mieux cette affection, on diminuera le nombre des cardiopathies, de même que les endocardites rhumatismales sont moins fréquentes aujourd'hui que du temps de Bouillaud, grâce aux médications nouvelles dirigées contre le rhumatisme articulaire aigu. Nul doute que les mesures prophylactiques qui découlent impérieusement de nos connaissances sur le mode de propagation de la dothiénentérie ne parviennent demain à faire perdre à la fièvre typhoïde la place exorbitante qu'elle occupe dans la morbidité aussi bien que dans la léthalité générale. Le jour prochain où la fièvre typhoïde n'occupera plus l'un des premiers rangs dans la morbidité parisienne, ce jour-là, non seulement la léthalité générale commencera à approcher du taux auquel doivent la réduire les progrès de la civilisation, mais le nombre des infirmes et des malades diminuera d'autant. La morbidité s'abaissera, puisque maints cardiaques, aortiques, néphrétiques, hépatiques, névropathiques, maints artério-scléreux, tous rendus invalides plus que malades par une ancienne dothiénentérie, ne viendraient pas réclamer nos soins si l'hygiène avait empêché la diffusion d'une maladie *évitable* entre toutes.

« Le jour où l'hygiène préviendra la fièvre typhoïde, ce n'est pas seulement plus d'un millier de Parisiens qu'elle arrachera chaque année à la mort, c'est encore plus d'un millier d'individus qu'elle enlèvera aux maladies des divers appareils, aux maladies du cœur, notamment; c'est chaque année un millier d'invalides de moins. »

Trousseau disait qu'il était plus facile de prévenir une maladie que de la guérir. Cela est surtout vrai pour les maladies du cœur, qu'on pourrait éviter grâce aux réformes que réclame l'hygiène, et qu'on n'est pas toujours sûr de guérir.

Mais cet appel à l'hygiène sera-t-il entendu? Oui, sans doute, car il repose sur des données certaines; l'hygiène pourra, quand elle le voudra, empêcher bon nombre de maladies locales en prévenant les maladies générales qui les causent : la diphthérie, les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, le puerpérisme infectieux, etc., de même que l'antisepsie a fait presque disparaître la septicémie et la pyohémie de nos hôpitaux. Mais l'étendue des services qu'elle est appelée à rendre nécessite malheureusement un grand nombre de mesures à prendre; théoriquement, on est encore loin de s'entendre à leur égard; pratiquement, les ressources budgétaires dont on dispose sont trop insuffisantes pour qu'on puisse prévoir aujourd'hui l'époque à laquelle les désirs si logiques de MM. Landouzy et Siredey pourront être réalisés.

L.-H. PETIT.

HYDROLOGIE THERAPEUTIQUE

Hunyadi-Janos,

Par le docteur Pol. VERNON.

La reine des eaux purgatives naturelles, Hunyadi-Janos, que le professeur Virchow considère, à bon droit, comme « élément le plus précieux du trésor médico-balnéaire », jouit d'une réputation universelle et populaire assez facile à s'expliquer. Très chargée en principes minéralisateurs, grâce à sa basse température, elle peut être considérée

©BIU Santé

comme l'eau purgative hygiénique par excellence : commode à avaler, non nauséeuse, amie plutôt de l'estomac, cette eau *passe rapidement* et produit, au bout de deux à trois heures au plus, ses effets médicamenteux, d'une efficacité puissante et que nous voulons nous efforcer ici de définir scientifiquement.

Ainsi que l'a très bien vu Fresenius, le carbonate de magnésie, que renferme Hunyadi-Janos, neutralise les acides en excès, adoucit l'action purgative et empêche l'irritation gastro-intestinale, si communément produite par les sels artificiels du laboratoire. Dans l'eau hongroise, d'ailleurs, les sulfates sodo-magnésiques sont combinés de telle sorte qu'ils n'ont aucune tendance à se réduire en sulfures, comme il arrive pour les eaux de Püllna, Seidlitz, Saidschütz et *tutti quanti*. La présence du chlorure de sodium y joue un rôle corroborant, utile pour réparer les forces, et qui vient renforcer le pouvoir fondant et résolutif de cette admirable préparation naturelle, dont l'usage n'amène ainsi ni dépression, ni réaction constipante d'aucune sorte. Outre leur rôle saturateur, les bicarbonates de soude et de chaux sont eupeptiques, diurétiques, et fluidifient la sécrétion biliaire par leur action élective sur le foie; ils complètent donc naturellement les effets altérants et antiphlogistiques des sulfates. On remarquera, d'ailleurs, que les sels de potasse, peu sympathiques à l'économie humaine, sont à peu près absents dans l'eau d'Hunyadi. Les traces sensibles d'iode, de lithine et de strontiane nous rendent compte, en revanche, de cette action stimulante, anticachectique et fondante que nous avons vue se révéler dans les dyscrasies uriques et autres, ainsi que dans un très grand nombre d'états morbides où il faut une tolérance prolongée de a part de l'organisme, pour supporter la médication purgative fréquemment répétée.

Les doses modérées d'acide carbonique, contenues dans Hunyadi, excitent légèrement l'estomac et calment son état nerveux ou érethique en produisant sur sa muqueuse une véritable sensation de bien-être; la physiologie a démontré également que ce gaz stimule les contractions péristaltiques de l'intestin et contribue ainsi à empêcher toute velléité de constipation en retour. Enfin, les plus illustres chimistes, Liebig, Mialhe, Bunsen, Fresenius, etc., qui ont analysé Hunyadi, ont reconnu, dans cette eau incomparable, la présence de plusieurs centigrammes par litre d'oxyde de fer *soluble* et facilement absorbable. Le rôle joué par ce martial est, apparemment, de mettre un nouvel obstacle à la débilitation chez les sujets qui ont besoin de recourir habituellement à la purgation saline.

En effet, l'une des caractéristiques de la perle minérale de la Hongrie, c'est qu'elle n'est contre-indiquée ni par la débilité, ni par l'atonie des tissus et des organes. Ses effets rapides et certains, doux et modérés, se font sentir sans coliques ni tranchées, sans répugnance du goût, sans révolte gastrique, *sans fatigue consécutive*. Elle calme la sensibilité douloureuse de l'épigastre, augmente le péristaltisme, sollicite la sécrétion biliaire et résout les engorgements circulatoires. Cette multiplicité d'action nous explique pourquoi les selles provoquées sont d'abord pultiformes, puis séreuses. Le dosage naturel est si parfait que l'action purgative se produit sous le plus petit volume; l'heureuse combinaison dans les proportions des substances minérales actives de cette préparation naturelle permet au malade de la manier facilement; au médecin d'en graduer et d'en diversifier les effets, selon les circonstances cliniques. En augmentant les sécrétions glanduleuses de tous les follicules du tube digestif, Hunyadi-Janos purge sans secousse, ménage toutes les susceptibilités de l'estomac, qu'elle nettoie et qui a, pour elle, une tolérance parfaite, voire même une sorte d'apparente affinité.

Nous l'avons dit : ni la faiblesse, ni l'anémie, ni le lymphatisme ne sont des contre-indications à son emploi, même habituel. *C'est un régulateur et non un débilitant*. Maintes fois, nous l'avons employée et vu employer chez des phtisiques; non seulement cette eau purgative ne ruine pas leurs forces, déjà épuisées par l'implacable tubercule; mais, au contraire, elle semble rehausser momentanément le taux de la nutrition et susciter l'énergie vitale, en introduisant dans le sang et dans les profondeurs des tissus un peu de ces nutriments inorganiques que Gubler se plaisait à dénommer « *lymphe minérale* ». Non seulement l'usage prolongé de l'eau d'Hunyadi est supporté sans dégoût ni saturation, mais encore (ainsi que l'a parfaitement exprimé le docteur Carret), *son effet ne s'émousse pas par l'usage*. C'est que cette solution naturelle, limpide

et sans odeur, d'un goût frais, sans arrière-saveur salée, dont la minéralisation inimitable constamment identique à elle-même lui assure une conservation indéfinie; — c'est qu'Hunyadi, disons-nous, possède un pouvoir modérateur des fonctions digestives qu'il doit, en partie, à des propriétés hématopoiétiques et névrosthéniques de premier ordre. Elle facilite merveilleusement, chez les sujets affaiblis, le labeur intime de la nutrition, réveille l'appétit, et en exonérant l'intestin, produit, à la fois, la dérivation la plus douce qu'on puisse souhaiter et la suppression soudaine de tout état saburral.

Apéritive et sédative, elle détruit fort bien la pneumatose intestinale, inhérente aux névroses et à l'hystérie; cathartique et fondante, résolutive et révulsive, elle est le meilleur agent spoliateur à prescrire dans l'anasarque — où l'on a besoin d'une action hydragogue fréquente — et dans les hypostases de la circulation. Les sels de soude qu'elle contient favorisent les phénomènes d'oxydation qui se passent dans l'organisme, y accentuent la résorption graisseuse, en augmentant les combustions dont notre économie est le théâtre. Son usage habituel diminue donc le froid du corps, tout en augmentant la vigueur et la santé, en chassant l'asthénie générale et le lymphatisme. Aussi, Hunyadi-Janos est-il par excellence le purgatif des femmes et des enfants, chez lesquels l'indication des eccoprotiques ou minoratifs se fait si fréquemment sentir. C'est le laxatif des constipés et des congestifs, le remède cher aux sujets sédentaires et aux travailleurs intellectuels dont elle régularise les évacuations alvines, dont elle calme les flatuosités et les symptômes dyspeptiques; c'est le spécifique des polysarciques désolés.

C'est surtout parce qu'on peut le réitérer souvent, sans qu'il perde rien de son énergie curative, que la vogue (une vogue médicale et de bon aloi) est venue à la précieuse source que nous expédie la Hongrie par cent mille bouteilles. M. Saxlehner a assurément rendu à la thérapeutique journalière un signalé service, en se faisant l'intelligent promoteur et le zélé vulgarisateur de la source naturelle d'Hunyadi-Janos, dont nous avons essayé de définir l'action médicamenteuse, passablement complexe.

Dr Pol. Vernon.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance non officielle comprend :

1° Un travail de M. le docteur Dechaux (de Montluçon), intitulé : *Une découverte dans les mystères de la conception.* (Comm. M. Guéniot.)

2° Une note de M. le docteur Pigeon (de Fourchambault), sur un cas de rage survenu récemment chez un jeune soldat de la garnison de Paris.

3° Un pli cacheté adressé par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, contenant le dessin et la description d'un instrument d'obstétrique. (Accepté.)

M. le Secrétaire perpétuel annonce qu'à partir du 3 mai prochain, il y aura, à l'Académie, une séance supplémentaire de vaccinations gratuites. Dans cette troisième séance, les vaccinations seront faites avec du vaccin de génisse. Cette réforme a pour but de diminuer de plus en plus, à Paris, la mortalité par la variole, mortalité qui, dans les pays étrangers où un service analogue fonctionne dans d'excellentes conditions, tend de plus en plus à s'annihiler.

M. Maurice Perrin présente un travail intitulé : *Rapport sur les vaccinations et les revaccinations opérées au régiment*, par MM. Rivet et Strœbel, médecins-majors.

Avec le vaccin de génisse, la vaccination animale, d'après les conclusions de ce rapport, donne des succès au moins égaux et même supérieurs à ceux de la vaccination jennérienne, si bien que, grâce aux revaccinations devenues régulières dans l'armée, la variole y a presque complètement disparu.

©BIU Santé

M. Laboulbène présente, de la part de M. le docteur Siétard (de Plombières) une notice sur *Empédocle considéré comme philosophe et comme médecin.*

M. Léon Colin présente : 1° un rapport de M. Rouire, médecin-major, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées dans le 13e escadron du train des équipages militaires. 2° En son propre nom le *Rapport sur les conditions hygiéniques des immeubles départementaux affectés aux prisons de la Seine*, au nom d'une commission composée de MM. Lépine, Dujardin-Beaumetz, Goubaux, Bunel, Levraud et Léon Colin, rapporteur.

M. Léon Le Fort met sous les yeux de ses collègues un nouveau modèle de canule pour l'opération de la trachéotomie.

M. Hayem présente, de la part de M. le docteur Peyraud, une note *sur la création de laboratoires thermo-minéraux.*

M. Le Président annonce qu'il y aura, mardi prochain, un comité secret pour le rapport sur les candidats à la place déclarée vacante dans la section de physique et de chimie.

— M. le docteur Decaisne lit un travail intitulé : *Du vertige des fumeurs.* (Comm. MM. Moutard-Martin, Léon Colin et Lagneau, rapporteur).

M. J. Rochard présente, au nom d'une commission dont il fait partie avec MM. Léon Colin et Vallin, un rapport sur un mémoire de M. le docteur Blayac, médecin-inspecteur de la ville de Paris et qui a pour titre : *Une colonie scolaire.*

Les colonies scolaires semblent appelées à remplacer les voyages de vacances, et le docteur Blayac en est grand partisan.

L'idée d'utiliser les vacances pour éloigner les enfants des villes et leur procurer le bénéfice du grand air, en même temps que des distractions salutaires, nous est venue de Suisse. C'est Tœpfer qui l'a popularisée parmi nous, et le docteur Varrentrop, conseiller sanitaire à Francfort, en a démontré les avantages au Congrès international de Genève, en faisant connaître les résultats remarquables qu'on en a retirés en Allemagne dans ces dernières années.

Le premier essai en a été fait à Paris en 1883, sous le patronage de la caisse des écoles du IXe arrondissement. L'expérience a complètement réussi. Les petits voyageurs sont revenus brillants de santé après avoir notablement augmenté de taille et de poids. Il paraît que le séjour à la campagne, dans une localité salubre et avec une existence confortable, leur est plus favorable encore.

M. Blayac fait observer que les déplacements journaliers, les longues excursions, la surexcitation intellectuelle qu'occasionne la vue sans cesse renouvelée d'objets intéressants rendent ces voyages très fatigants pour des enfants, dont les plus âgés n'ont que 13 ans. Ils constituent pour eux une sorte de surmenage, et la plupart d'entre eux n'en tirent qu'un bien mince profit pour leur instruction. Il pense qu'on devrait les réserver pour les élèves des écoles supérieures et se contenter de former des *colonies scolaires* avec les enfants des écoles primaires. Celles-ci ont tous les avantages de la villégiature, sans les inconvénients d'une pérégrination trop active.

Le premier essai en a été fait dans le IXe arrondissement, sur l'initiative de M. Cotinet et les résultats ont été si satisfaisants que l'année dernière presque tous les arrondissements ont eu leur *colonie scolaire.* Le 1er a envoyé ses filles à Compiègne, et ses garçons à Gérardmer. Les enfants du XIIIe ont tous été dirigés sur ce dernier point. Le XIIe a expédié les siens à Berck-sur-Mer. Ils sont tous revenus en parfait état, avec une augmentation notable de poids et de taille.

Le XVIIe avait choisi Maxéville près de Nancy pour une colonie composée de vingt-deux petites filles. Au retour toutes avaient retiré un bénéfice réel de leur séjour à la campagne, bénéfice constaté par les résultats anthropométriques.

M. Lagneau a fait partie avec M. Cotinet de la Commission nommée pour le choix des enfants du IXe arrondissement qui devaient faire partie de la 1re colonie scolaire. Ils ont choisi non les plus méritants, mais les plus débiles. On les dirigea vers les Vosges ; ils s'en trouvèrent à merveille, augmentèrent de poids et de taille. On fut émerveillé du développement obtenu par ces enfants, surtout par les petites filles.

M. Lagneau estime avec l'auteur des mémoires et avec M. le rapporteur que les voyages de vacances, excellents pour les enfants déjà grands, le sont moins pour les enfants plus jeunes et que les colonies scolaires sont préférables pour ces derniers.

— M. Cornil lit, au nom de MM. Chantemesse et Fernand Vidal, un travail *sur les microbes de la dysenterie épidémique*. Il ajoute, comme conclusion, que la présence du bacille découvert par ces observateurs dans les parois intestinales, les ganglions mésentoriques et les organes profonds d'un homme ayant succombé à une poussée aiguë de dysentérie, sa constatation dans les selles de cinq dysentériques, son absence dans les garde-robes de l'homme sain, les lésions qu'il fait naître dans l'intestin et les viscères du cobaye plaident en faveur de sa spécificité.

M. Le Roy de Méricourt fait observer que deux médecins de la marine ont décrit, il y a dix ans, les microbes de la diarrhée de Cochinchine, les considérant comme les agents pathogènes de cette maladie; mais leur decouverte n'eut pas de conséquence au point de vue clinique.

En ce qui concerne la dysenterie épidémique, M. Le Roy de Méricourt admet difficilement son origine microbienne, la dysenterie n'étant pas contagieuse, ainsi que le lui ont démontré les observations qu'il a eu l'occasion de faire, soit dans ses voyages à bord des navires, soit à l'hôpital maritime de Brest où il dirigeait un service de dysentériques.

M. C. Paul rappelle que Trousseau défendait de donner du bouillon aux malades atteints de dysenterie; il semble que l'éminent clinicien avait l'intuition des qualités nocives du bouillon dans lequel, comme dans un milieu de culture favorable, les microbes de la dysenterie se multiplient.

M. J. Rochard partage complètement l'opinion de M. Le Roy de Méricourt sur la non-contagiosité de la dysenterie, dont il a observé plusieurs variétés ayant des degrés divers de gravité. Il pense que l'origine microbienne ou non microbienne de cette maladie n'est rien moins que démontrée, du moins cliniquement.

M. Cornil fait remarquer que la présence ou l'absence des microbes n'implique pas nécessairement le caractère transmissible ou non d'une maladie. Par exemple, la lèpre est une maladie à microbe défini, et cependant sa nature contagieuse n'est rien moins que démontrée. Pour M. Cornil, tous les chapitres de pathologie générale relatifs à la contagion, à l'infection, à l'endémicité, à l'épidémicité, sont à refaire avec des éléments nouveaux.

M. Le Roy de Méricourt : Si les maladies microbiennes ne sont pas nécessairement contagieuses, et si, d'autre part, les microbes ne peuvent pas naître spontanément, il y a lieu de se demander d'où ils proviennent et s'ils sont contemporains de la création de l'homme.

M. Cornil ne veut pas suivre M. Le Roy de Méricourt sur le terrain de la mythologie; il pense que, dans les sciences d'observation, il faut se contenter de constater les faits et leurs rapports sans prétendre toujours remonter à leur cause, car, à un moment donné, on se trouve toujours en présence de l'inconnu, les progrès de la science ne pouvant avoir d'autre prétention que d'en reculer la perspective.

M. Le Roy de Méricourt est satisfait d'avoir entendu M. Cornil déclarer que toute maladie microbienne n'est pas contagieuse pour cela; cette constatation était nécessaire, ne serait-ce que pour calmer un peu l'affolement des gens du monde auxquels l'idée de contagiosité considérée comme inséparable de la nature microbienne d'une maladie fait commettre des actes de lâcheté déplorable. En outre, on n'oserait plus, par exemple, vacciner les enfants avec le vaccin jennérien, de crainte de transmettre la tuberculose.

M. Cornil répond que le microbe de la tuberculose n'a jamais été rencontré dans le virus vaccinal; il n'y a donc rien à craindre à cet égard; ce qui n'empêche pas de prendre toutes les précautions de prudence pour le choix des vaccinifères.

— M. Terrillon lit un travail intitulé : *Trois nouveaux cas de salpingo-ovarite opérés par la laparotomie et suivis de guérison.*

©BIU Santé

L'auteur rappelle qu'il a déjà présenté, devant l'Académie de médecine, six observations d'inflammation de la trompe utérine et des ovaires enlevés par la laparotomie et pour lesquelles l'intervention chirurgicale a été suivie d'un excellent résultat. Deux autres cas de pyo-salpingite et d'hémato-salpingite traités par le drainage après la laparotomie ont été publiés par lui dans les Bulletins de la Société de chirurgie. Les nouvelles malades qu'il a opérées ont été non seulement soulagées des douleurs continues qui les tourmentaient depuis longtemps, mais leur santé profondément altérée est redevenue normale. La vie pour la plupart était même menacée à brève échéance. Ces résultats prouvent que la chirurgie peut rendre des services immenses à des malades pour lesquelles les soins médicaux ne peuvent amener aucun soulagement durable.

— M. Prunier lit une série de rapports sur les remèdes secrets.

— M. le docteur Peyraud lit une réclamation de priorité pour l'application de la couveuse aux enfants nés avant terme.

— La séance est levée à cinq heures.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 13 avril 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Destruction des poils par l'électrolyse. — Athétose consécutive à des convulsions chez une petite fille de 20 mois. — Pathogénie de l'hémoglobinurie. — Hémoglobinurie paroxystique provoquée par la marche.*

M. Brocq complète une communication faite en 1886 sur la destruction des poils par l'électrolyse en signalant les résultats obtenus dans 20 cas d'hypertrichose.

M. Brocq n'emploie d'autre anesthésique que les injections sous-cutanées de cocaïne. Il introduit *dans* le follicule pileux, le long du poil, une aiguille de platine iridié à pointe aussi fine que possible, fait passer des courants de 3 à 5 milliampères pendant un temps variable suivant les qualités de la peau, la région, la profondeur et le volume des poils; 30 à 50 poils peuvent être enlevés par séance. Pour ne pas avoir de cicatrices, il faut ne pas enlever de poils immédiatement contigus. On ne peut affirmer d'avance à la personne qu'on opère si elle aura ou non des taches cicatricielles ; on le peut après une séance d'épreuve. La destruction radicale des poils est certaine, il n'en repousse pas un sur dix ; mais, dans quelques cas, l'emploi trop fréquent de l'électrolyse peut provoquer le développement temporaire de poils nouveaux.

Quand on est consulté par de jeunes filles ou jeunes femmes, il faut, s'il s'agit d'un duvet peu apparent ou blond, les engager à ne rien faire; si elles sont brunes, à blondir leur duvet, à couper un à un aux ciseaux ou à épiler un à un à la pince les poils les plus apparents. Ne jamais conseiller les pâtes ou cosmétiques épilatoires qui abîment la peau et activent la transformation du duvet en poil.

L'électrolyse est à conseiller seulement dans certains cas de développement excessif des poils où des considérations spéciales d'ordre privé ou de relations mondaines obligent une femme à s'en débarrasser. Les poils de la région présternale et ceux qui sont sur les nœvi sont faciles à détruire, ainsi que quelques gros poils disséminés sur les joues et le menton de femmes de 30 à 50 ans.

Quant à la destruction de véritables barbes ou demi-barbes occupant une grande surface, son obtention par l'électrolyse soulève de grandes difficultés. Le traitement est très long et douloureux; pendant sa durée, on ne peut guère se montrer en public, le visage étant criblé de piqûres. Cependant des personnes ayant une patience et une énergie suffisantes pourront désormais, grâce à l'électrolyse, obtenir la disparition complète et définitive d'une hypertrichose; résultat inespéré et capital pour certaines jeunes filles.

M. Millard cite un cas de disparition totale des poils à la suite de l'épilation répétée à outrance pendant des années.

M. Brocq dit que c'est un fait exceptionnel. Le résultat ordinaire de l'épilation est de

faire surgir à la place du poil un autre plus long, plus dur, carré ou triangulaire, véritable pieu, et de transformer le duvet en poil.

En dehors de l'électrolyse, le seul succès qu'il connaisse fut obtenu par l'application très prolongée de poudre d'amidon et de cade.

M. Comby a observé une petite fille qui, alimentée prématurément, sujette à une gastro-entérite, un peu rachitique, de père tuberculeux et de mère saine, mais avec un frère mort de méningite, a été prise à huit mois de convulsions pendant plusieurs jours consécutifs. Une hémiathétose droite se développa ensuite. Les doigts et les orteils, la main et le pied présentent ces mouvements incessants de flexion, d'extension forcée et de latéralité qui caractérisent l'athétose.

Aucune modification de la sensibilité, pas d'atrophie musculaire, aucun trouble oculaire.

M. Comby n'a vu qu'un cas d'athétose sur 30,000 consultations données en cinq ans à son dispensaire.

M. Salle, médecin-major d'un régiment de spahis, communique à la Société un cas d'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*. Il considère cette affection comme une névrose vaso-motrice d'origine et de nature hématopathiques. Les altérations rénales peuvent, à la longue, résulter de l'élimination d'hémoglobine par le rein; mais le premier fait est la mise en liberté d'hémoglobine dans le sang, et l'apparition de l'hémoglobine dans l'urine dépend d'un trouble nerveux occasionné par le processus hématique. Dans l'intervalle des accès, M. Salle a trouvé, comme Lichtheim, de l'hémoglobine dans le sérum sanguin; il a vu aussi une polyurie constante avec diminution de la densité des urines dans l'intervalle des accès.

M. Hayem réitère les objections qu'il a faites précédemment à une observation de M. Lépine. Les défenseurs de la théorie hématopathique invoquent toujours : 1° l'hémoglobinhémie; 2° une action destructive du froid sur les globules; 3° l'absence d'altération rénale. Or, la recherche de l'hémoglobine dans le sérum a été souvent négligée; ou elle a été faite avec des procédés défectueux et a donné des résultats contradictoires. Secondement, si le refroidissement de la peau est la cause la plus fréquente des accès d'hémoglobinurie, on voit aussi ces accès survenir après des émotions morales, parfois sans cause appréciable. Quant à l'absence d'altération rénale dans les intervalles des accès, elle n'est nullement démontrée, et M. Salle lui-même vient de signaler chez son malade une polyurie constante avec diminution de la densité des urines, signes de sclérose rénale.

D'ailleurs M. Hayem n'a jamais dit qu'il ne pût pas exister des hémoglobinuries d'origine hématique, il a dit seulement qu'il n'était nullement démontré que telle fut l'origine de l'hémoglobinurie paroxystique *a frigore*.

M. Millard vient d'observer pour la première fois, dans une carrière médicale déjà longue, un cas d'hémoglobinurie qui lui paraît ressortir beaucoup plutôt à la pathogénie rénale qu'à la théorie hématique.

Femme robuste de 31 ans : tous les accès d'hémoglobinurie, très nombreux, ont été provoqués par le refroidissement et précédés chaque fois de douleurs abdominales ou, plus exactement, lombaires, qui ne peuvent guère être expliquées que par un processus rénal congestif. L'existence d'une seule miction colorée, suivie presque aussitôt d'urines redevenues claires, n'est guère explicable avec la théorie qui invoque une altération générale de la masse du sang.

Chez cette malade, on a en vain essayé de provoquer des accès d'hémoglobinurie en donnant des bains de pieds froids et des douches.

M. A. Robin communique l'observation d'un jeune homme de 16 ans, d'une santé parfaite, chez lequel, à plusieurs reprises, une marche de quelques kilomètres a provoqué des accès d'hémoglobinurie. Traitement : repos, toniques, 4 milligr. d'acide arsénieux par jour, régime lacté mixte et alimentation appropriée à la grande quantité d'acide urique trouvée dans les urines.

Cependant une marche de 5 kilomètres en montagne et une autre de 4 kilomètres

©BIU Santé

ramenèrent, au bout de quelque temps, deux crises, la dernière accompagnée d'une douleur de reins subite et fugace, et suivie de l'expulsion d'une masse de la grosseur d'un petit pois, constituée par un lacis de fibrine enveloppant des cristaux d'oxalate de chaux et d'acide urique.

Le régime plus sévèrement suivi et un entraînement progressif permirent au malade de faire des marches assez longues sans accès nouveau. Toutefois, des observations réitérées permirent de constater que, pendant le repos absolu, l'urine était normale, et même pendant le repos relatif, mais que la marche prolongée faisait toujours apparaître quelques leucocytes, de grosses cellules des tubes de Bellini et des traces d'albumine attestant un certain degré de congestion rénale.

Chez ce malade, pendant les accès, le sérum sanguin ne contint jamais d'hémoglobine.

Cette observation plaide certainement en faveur de la pathogénie rénale.

Elle prouve, en outre, que l'hémoglobinurie peut avoir de l'influence sur la genèse des calculs du bassinet, point de vue qui mérite d'attirer l'attention.

M. Robin incline, d'après ce fait, vers une interprétation pathogénique complexe; il invoque la congestion rénale causée par le froid ou la fatigue comme un *processus local déterminant*, mais qui doit être précédé par un *processus général prédisposant* consistant en une exagération de la désassimilation. Cette altération nutritive se traduisait, dans le cas présent, par un excès de la désassimilation azotée (acide urique). Peut-être, dans d'autres cas, pourrait-on incriminer d'autres troubles nutritifs dépendant soit de l'impaludisme, soit de la syphilis, qui ont été relevés dans les antécédents de certains malades.

Le succès de la thérapeutique mise en œuvre dans ce cas : écarter la cause déterminante (marche et fatigues), modifier la nutrition générale par le régime des uricémiques, les toniques et les arsénicaux qui régularisent et restreignent la désassimilation — est d'ailleurs un argument en faveur de l'interprétation de M. Robin. — P. L. G.

FORMULAIRE

POMMADE CONTRE LES ENGELURES. — Liebreich.

Acide		1 gramme.
Onguent plombique	àà	20 grammes.
Lanoline		
Huile d'amandes douces		10 —
Essence de lavande		XX gouttes.

F. s. a. un mélange, que l'on étend, matin et soir, sur les doigts tuméfiés par les engelures. — N. G.

COURRIER

HÔPITAL SAINT-LOUIS. — *Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques.* — M. le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi 20 avril, à neuf heures du matin, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à la même heure.

Ordre du cours : le mardi, leçon au lit des malades ; le vendredi, leçon à l'amphithéâtre (10 heures) ; le jeudi, démonstrations sur l'anatomie pathologique de la peau par M. le docteur Darier, chef du laboratoire d'histologie.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Association française pour l'avancement des sciences (Session d'Oran). — III. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — IV. Courrier. — V. Feuilleton : La physiologie et la médecine, d'après M. Ch. Richet. — VI. Formulaire.

BULLETIN

Les progrès dans l'étude des maladies microbiennes font chaque jour un pas en avant. A l'Académie des sciences, M. V. Galtier (de Lyon) a de nouveau démontré que les injections intra-veineuses de virus rabique obtenu de l'animal qui a fait les morsures ou de tout autre, peuvent, si elles sont faites dans les vingt-quatre heures, empêcher les herbivores mordus de devenir enragés.

A l'Académie de médecine, M. le professeur Cornil, au nom de ses élèves MM. Chantemesse et Widal, qui semblent avoir pris le monopole de la découverte des bacilles, a annoncé celle du microbe de la dysenterie épidémique. Que cette découverte n'ait pas encore fait avancer nos connaissances sur l'étiologie et la thérapeutique de la maladie, comme s'en est plaint M. Le Roy de Méricourt, cela importe peu; la constatation d'un fait vrai aura un jour ou l'autre ses conséquences pratiques, et il en sera de celle que viennent de faire MM. Chantemesse et Widal comme des autres.

A la Société de biologie, MM. Strauss et Sanchez-Toledo ont démontré que l'utérus, après la parturition physiologique, ne renferme pas de micro-organisme. Si ceux que renferment les premières voies génitales y

FEUILLETON

La physiologie et la médecine, d'après M. Ch. Richet.

Ce qui m'a le plus frappé dans la leçon d'ouverture du jeune professeur de physiologie de la Faculté, ce n'est pas tant les arguments dont il s'est servi pour démontrer qu'il existait entre la physiologie et la médecine, entre les progrès de l'une et de l'autre, une étroite alliance, que la grande instruction, l'érudition profonde, et de bon aloi, dont il a tiré ces arguments. Instruit, il est difficile de ne pas l'être quand on a passé une quinzaine d'années dans les laboratoires, sous la direction de maîtres tels que Vulpian, Marey, Berthelot, Béclard, Pasteur, et combien se contenteraient de cette instruction moderne! Il y a eu, dit quelque part M. Richet dans son discours, la médecine avant Pasteur, il y aura la médecine après Pasteur. Cette médecine depuis Pasteur, il la connaît à fond et l'apprécie à sa juste valeur, lui l'adepte enthousiaste du *chimiste de génie;* il connaît non moins bien celle d'avant Pasteur, et il l'a bien prouvé en accumulant dans son discours un si grand nombre de faits, d'idées, de noms, qu'il est presque impossible de l'analyser. Le mieux, pour ceux qui n'ont pu l'entendre, serait de le lire en entier.

Rappelant une des plus belles découvertes de Béclard, relative à la théorie de la conservation de l'énergie et de l'équivalence des forces, M. Richet montre combien la phy-

©BIU Santé

pénètrent, ils sont rapidement détruits. De son côté, M. Dœderlein a trouvé que les lochies des femmes non fébricitantes ne renfermaient aucun micro-organisme, mais qu'on en trouvait dans celles des femmes atteintes de fièvre. Des microbes divers, des cultures de microbes pathogènes, introduits à des époques variables après la parturition dans les cornes utérines, n'ont produit ancun accident, sauf le microbe du choléra des poules (mais on sait combien les lapins sont sensibles à cette affection).

Cette singulière résistance de la plaie utérine à l'action des microbes, après la parturition, chez les animaux, contraste avec la vulnérabilité si grande que présente cette même plaie utérine chez la femme en couches. On ne sait encore non plus comment l'expliquer, mais peut-être son interprétation viendra-t-elle éclairer aussi la pathogénie et la prophylaxie des fièvres puerpérales.

A l'Académie de médecine. M. Bergeron a annoncé la création d'une troisième séance de vaccination, qui aura lieu tous les jeudis à partir du 3 mai, avec du vaccin de génisse fourni par M. Chambon : M. E. Decaisne a fait une communication sur le vertige des fumeurs; M. Terrillon sur la salpingo-ovarite, et M. Rochard sur les colonies scolaires. Cette exceliente manière de faire passer aux jeunes collégiens leurs vacances a fait l'objet d'un mémoire adressé à l'Académie par M. Blayac, médecin inspecteur des écoles de la ville de Paris. Peut-être le rapport favorable de M. Rochard et les réflexions si compétentes de M. Lagneau sur ce sujet encourageront-ils nos édiles à donner plus d'extension à ces colonies; en effet, elles sont encore bien restreintes, car on ne peut guère, actuellement, en faire profiter qu'un millier d'enfants, sur une population de près de 40,000 écoliers, et il est à désirer qu'on puisse appliquer à un plus grand nombre ce moyen excellent de remédier au surmenage. — L.-H. P.

---

siologie a besoin de la physique et de la chimie, et ajoute qu'il serait tenté d'écrire sur la porte de son laboratoire : « Nul n'entre ici, s'il n'est physicien et chimiste. » Il pourrait y ajouter, prêchant d'exemple, « et s'il n'est érudit ». Lui-même prouve, dès son entrée en matière, toute l'importance de l'érudition.

A propos de cette théorie, si bien étudiée par Béclard, il nous apprend que ce grand principe de l'équivalence du mouvement et de la chaleur, et de la transformation de la chaleur en travail, est dû à un savant « dont le nom est, à bien des titres, glorieux pour la France, Sadi Carnot ».

Ce fut treize ans seulement après qu'un pharmacien allemand, nommé Mohr, conçut à son tour la même idée. Et quelle jolie anecdote l'érudition fournit à l'orateur! Mohr « avait consigné ses vues dans un petit écrit qu'il envoya à un journal renommé : *Les Annales de physique et de chimie de Poggendorff*. On lui répondit dédaigneusement que son travail, ne contenant pas d'expériences nouvelles, ne pouvait être inséré. Il se rabattit alors sur une petite publication obscure qui paraissait à Vienne et il lui adressa son mémoire; mais il n'eut pas de réponse : on ne lui retourna même pas son manuscrit. Alors, découragé, il renonça à la physique générale et se remit à la pharmacie. Vous comprendrez sans peine quelle douleur il dut éprouver quand il vit sa théorie, magnifiquement développée, devenir universelle et attribuée à un autre. Pendant trente ans, il assista à ce désastre. Enfin un jour, par hasard, en 1868, dans le cours d'une discussion à un Congrès scientifique, il apprit que le petit journal inconnu auquel il avait envoyé son mémoire l'avait conservé et même imprimé. — Imprimé! il

Association française pour l'avancement des sciences (1).

SESSION D'ORAN, DU 29 MARS AU 3 AVRIL 1888.

M. le docteur Hublé (de Marnaïa) attire l'attention sur une variété d'orchite primitive, indépendante de la blennorhagie, de la syphilis, de la tuberculose ; elle semble liée aux mêmes causes extérieures que les cas de rhumatisme, de paludisme, d'oreillons, avec lesquels elle coïncide d'habitude, mais non chez le même individu. Elle n'est probablement que la localisation d'un état général, peut-être le paludisme, sur un *locus minoris resistentiæ*, mais on ne peut encore l'affirmer avant démonstration résultant de cultures microbiennes et l'auteur pense qu'il faut s'en tenir à la dénomination d'orchite infectieuse primitive, d'après ses caractères cliniques.

Cette affection se déclare parallèlement ou postérieusement à un état fébrile qui offre plutôt le type rémittent que la forme d'accès intermittents et se comporte comme une pyrexie légère et de courte durée. L'épididyme est atteint de préférence ; il n'est pas rare que la glande soit prise, mais elle reste lisse et médiocrement douloureuse ; la vaginale est souvent le siège d'un léger épanchement dont la résorption est constante et prompte. Il peut exister une lymphangite réticulaire du scrotum. Cette orchite est presque toujours accompagnée ou précédée d'arthropathies légères ; il peut y avoir, concurremment ou consécutivement, de l'ictère ou des éruptions polymorphes, purpuriques, zostériformes, mais sans alternance régulière, entre l'apparition de l'orchiopathie et des autres symptômes qui légitiment l'idée des métastases. On observe parfois une albuminurie transitoire.

La marche est aiguë ou subaiguë, la durée moyenne de quatre à douze jours. Les récidives peuvent être observées. Le pronostic immédiat est peu grave. L'atrophie testiculaire n'est pas la conséquence nécessaire du processus, mais peut être observée à sa suite.

Un purgatif, les composés de la quinine et la compression ouatée semblent constituer un traitement utile et suffisant ; l'iodure potassique reste à peu près inefficace.

M. le docteur Vautrin (de Nancy) a observé une variété rare de kyste spermatique du scrotum, dans deux cas où ces kystes siégeaient en dehors de la vaginale ; la paroi de ces kystes ayant la même structure que celle des canaux déférents et des *vasa aberrantia*

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 7 et 14 avril 1888.

avait été imprimé en 1838! — Je m'imagine que peu de savants ont dû avoir une joie semblable et aussi légitime. »

Je cueille en passant, et toujours à propos de l'érudition, une petite leçon de justice à l'adresse des savants qui savent si bien nous emprunter nos découvertes sans les citer.

« C'est dix-sept ans seulement après les vues prophétiques de Sadi Carnot que la théorie mécanique de la chaleur et le principe de l'équivalence des forces furent introduits définitivement dans la science par Robert Mayer. Les Allemands et les Anglais ont été injustes pour Carnot. Nous ne devons pas imiter ce détestable exemple, et il faut rendre justice à Mayer. Sachons rendre à chacun la gloire qui lui est due. La science n'a pas de nationalité ; et, en fait de science, notre vraie patrie c'est la justice. Si Carnot a tracé les premières lignes de la théorie de la conservation de la force, Mayer l'a généralisée, étendue et démontrée. — Dans la suite de nos leçons, nous aurons souvent à parler des travaux faits par des étrangers, des Allemands surtout. Eh bien, nous tâcherons de leur rendre pleine justice, et nous serions heureux s'ils pouvaient avoir vis-à-vis de nous la même impartialité sereine, la seule qui soit digne du savant, et que nous nous efforcerons de toujours garder. »

Parlant à des jeunes gens destinés à devenir médecins, M. Richet veut tout d'abord les prévenir que la physiologie qu'il veut leur enseigner sera restreinte à ses rapports avec la médecine humaine, afin qu'il puisse parcourir, dans son cours d'une année, à peu près tout ce qu'ils ont besoin de savoir. La médecine a donc des rapports avec la

©BIU Santé

de Haller, M. Vautrin en conclut, d'après ces caractères et en outre d'après la présence de canaux pelotonnés repliés sur eux-mêmes, situés au voisinage du kyste principal, et l'absence de tout rapport de contiguité immédiate avec le canal déférent, que ces kystes s'étaient développés dans les *vasa aberrantia*. Ceux ci peuvent perdre toute communication avec le canal déférent et constituer de kystes isolés contenant des débris de spermatozoïdes.

Le traitement consiste dans l'extirpation du kyste, en raison de la minceur de ses parois; lorsque le kyste sera extra-vaginal, l'opération sera facile; il faudra préalablement inciser la vaginale lorsque le kyste sera inclus dans sa cavité; M. Vautrin trouve cette opération préférable à l'injection d'un liquide irritant dans une poche à paroi si fragile et si mince. Elle n'est pas d'ailleurs plus dangereuse que l'incision antiseptique de l'hydrocèle.

M. Verneuil conteste l'hypothèse pathogénique émise par M. Vautrin, d'après ses travaux personnels sur les kystes du corps de Wolff. Quant au traitement, il préfère l'injection irritante à l'incision, qui ne lui semble indiquée que dans des cas très rares, par exemple lorsque la paroi est très épaisse. Elle ne lui paraît pas avoir d'avantage sur l'injection iodée, qui réussit presque toujours sans faire courir de dangers à l'opéré.

M. le docteur Spreafico (d'Oran) préconise l'électrolyse dans le traitement de l'hydrocèle idiopathique. Ce traitement, dont Schuster a présenté les premiers résultats en 1843 à l'Académie de médecine, serait toujours efficace, peu douloureux et très rapide; il n'empêche point le malade de vaquer à ses occupations et n'entraîne aucune complication fâcheuse, si bien que l'auteur l'a employé dans le traitement des hydarthroses.

M. Mondot ne se rend pas compte de la disparition du liquide, dont la résorption lui paraît peu facile lorsque la paroi est recouverte d'une couche d'albumine coagulée sous l'influence du courant, et la décomposition gazeuse peu sensible. Il ne croit pas que le gaz produit puisse se loger dans la vaginale, comme dans une éprouvette, ainsi que cela a lieu dans les expériences de physique.

M. le docteur Pauly (d'Oran) a obtenu de bons effets de la marche forcée dans le traitement du choléra, même le plus grave. Après avoir vu, dans l'épidémie cholérique qui décima le camp français au Maroc en 1859, les soldats obliger leurs camarades pris de choléra à se promener et arriver ainsi à les sauver, il employa ce moyen, avec le même succès, chez les malades de son ambulance. La déambulation forcée, inapplicable chez les sujets qui prennent le choléra dans le cours d'une maladie grave et chez les infirmes, convient pour les sujets encore valides, avant que la période asphyxique soit trop

---

physiologie. Quels sont-ils? Quels services la physiologie a-t-elle rendus à la médecine? Tels sont les points examinés dans cette leçon.

Il y a encore des médecins qui disent : « Moi, je ne fais pas de science; je ne me préoccupe pas de ce que font les savants; je suis clinicien, et je ne connais que ce que la clinique m'enseigne; le reste ne m'importe guère! » C'est probablement à cette catégorie de médecins qu'appartenait l'honorable praticien assez âgé — et c'est là son excuse — qui lui dit avec une sorte de pitié méprisante : « Est-ce que vous croyez aux microbes, vous? » — Et ce médecin célèbre qui, lorsqu'on est venu lui apprendre la découverte du micro-organisme de la tuberculose, s'est écrié : « Bah! ce n'est qu'un microbe de plus! »

Pour comprendre l'influence féconde que les sciences biologiques ont exercée sur la marche de la médecine, il suffit de se rappeler le grand mouvement scientifique qui eut lieu dans ces vingt-cinq dernières années, depuis que M. Pasteur, « par une succession ininterrompue d'admirables découvertes, a ouvert à nos sciences médicales des voies absolument nouvelles ». Mais M. Richet n'entend pas dire que la science physiologique suffit pour faire un bon médecin, et s'il était atteint d'un anthrax charbonneux, il déclare que, malgré les découvertes merveilleuses de M. Pasteur sur le charbon, sur la nature, le mode de contagion, les procédés de vaccination de cette maladie, ce n'est pas M. Pasteur qu'il irait consulter. Tel médecin de la Beauce, habitué à soigner les anthrax charbonneux; tel chirurgien, habile opérateur et clinicien expérimenté, lui inspireront alors plus de confiance que l'illustre professeur de l'Ecole normale supérieure.

avancée. La méthode est encore meilleure la nuit que le jour, à cause de la fraîcheur plus grande de l'air; une pluie fine est encore un adjuvant à la déambulation, et accentue le rétablissement de l'hématose. On peut encore frictionner pendant la marche la figure et les mains avec une serviette trempée dans de l'eau très froide.

MM. Seguy et Lévy (d'Alger) ont présenté le moulage de la main gauche d'une petite fille israélite portant sept doigts, dont un auriculaire et un annulaire supplémentaires. Ceux-ci avaient un squelette complet et des ongles; ils étaient articulés tous deux sur le métacarpien correspondant (il n'y avait en tout que cinq métacarpiens). Les deux annulaires étaient réunis par une membrane interdigitale. Le traitement a consisté dans la désarticulation des doigts surnuméraires et dans la section de la membrane d'union par le procédé de Didot (de Liège). La réunion primitive a été obtenue par le pansement sec avec la charpie de bois au sublimé.

M. Gross (de Nancy) a décrit, pour l'extirpation des tumeurs profondes du creux de la main, un procédé qui consiste à atteindre la région sous-tendineuse en passant entre les tendons des quatrième et cinquième doigts, les vaisseaux et les branches terminales des nerfs médian et cubital. Pour les tumeurs situées vers le poignet, il conseille de les atteindre en traversant la région hypothénar.

Dans un cas, il put enlever ainsi une tumeur (ostéome spongieux) profondément située dans le milieu du creux, en arrière des tendons fléchisseurs et au-devant de l'extrémité supérieure du quatrième métacarpien. Le néoplasme, sans connexion apparente avec le squelette, parut être un *ostéome parostéique* de Virchow, ou une exostose épiphysaire, reliée à l'os par quelques adhérences fibreuses, ou un ostéome de la gaine synoviale tendineuse. L'extirpation, qui fut très laborieuse, fut pratiquée en passant à travers les tendons des quatrième et cinquième doigts.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un fibrome développé dans la partie supérieure du creux, situé au-dessus des artères et du nerf cubital, en avant des tendons, et qui fut extirpé par le bord externe à travers l'éminence hypothénar.

M. le docteur Montaz (de Grenoble) a imaginé un procédé d'extirpation totale du pénis ayant pour but de mettre la plaie opératoire à l'abri de la contamination et de l'irritation causées par le contact de l'urine, et de l'hémorrhagie contre laquelle on a inventé des procédés trop compliqués. Voici celui de M. Montaz : opération complète au bistouri; incision en raquette dont la pointe part du pubis et dont les deux branches contournent la verge, descendent sur les côtés du scrotum et vont se rejoindre sur le bord inférieur des bourses; ensuite, extirpation de la verge sur le pubis comme on enlève un

---

L'expérimentation ne peut remplacer la clinique; « la physiologie n'apprend pas à démêler, dans la complexité des troubles pathologiques multiples, la nature même de la maladie; elle ne suffit ni au diagnostic, ni au pronostic, ni au traitement. » Cependant, la physiologie sert à chaque instant à éclairer le diagnostic et le traitement. La connaissance des fonctions du cœur et du cerveau, l'emploi du sphygmographe et des appareils électriques, l'analyse de l'urine, etc., sont autant de ressources que fournit la physiologie au médecin dans le diagnostic des maladies du cœur, du système nerveux et des reins. Aussi est-on d'accord « pour reconnaître que nos diagnostics d'aujourd'hui sont bien supérieurs aux diagnostics d'autrefois. Entre eux, il y a peut-être la même différence qu'entre l'arquebuse du XVIe siècle et le fusil d'aujourd'hui, à répétition et à petit calibre ».

Et la thérapeutique, que ne doit-elle pas à la physiologie, qui lui a appris à connaître les propriétés des principes actifs extraits des plantes ! L'une et l'autre se sont associées, l'expérimentation physiologique pour inaugurer, à l'aide de recherches sur les animaux, l'étude de ces propriétés, et l'observation clinique, guidée par l'expérimentation, pour rectifier, préciser, déterminer et enfin appliquer au malade les résultats de ces recherches. Aussi peut on dire « que chaque progrès de la science est un progrès dans l'art de guérir. »

Mais s'il est bon de reconnaître et de savoir traiter les maladies, il est encore préférable de les prévenir; ce rôle est dévolu à l'hygiène, autre partie importante de la médecine, et qui doit beaucoup aussi à la physiologie.

©BIU Santé

sein. Il y a six artères à lier : les deux caverneuses, les deux dorsales de la verge et deux branches des honteuses externes. Quand l'ablation est complète, il reste une plaie considérable avec l'orifice uréthral au milieu et situé sous le pubis; les testicules sont à nu avec les cordons; on peut les enlever s'ils sont altérés. On introduit alors une sonde cannelée dans l'urèthre pour faire saillir le périnée, et, d'un coup de bistouri, on incise le canal largement en arrière du bulbe; puis on suture la muqueuse uréthrale à la peau. Il n'y a pas à se préoccuper du tronçon du canal étendu de la grande plaie opératoire à la boutonnière périnéale; il est supprimé à tout jamais pour la miction. En dernier lieu, on ramène la face postérieure du scrotum en avant et on la suture sur le pubis, à la pointe de la raquette; drainage, suture. L'opération terminée, les testicules sont recouverts et il ne reste qu'une ligne de uture en A renversé. Le malade va uriner dorénavant par son périnée et sa plaie opératoire est dans des conditions excellentes d'antisepsie et de non-récidive, étant ainsi soustraite à toute cause d'irritation. Un malade opéré de cette manière pour un cancer du pénis sans engorgement ganglionnaire inguinal a guéri en huit jours sans suppuration et sans fièvre. Il urine en écartant les cuisses à la façon d'une femme.

M. le docteur Montguillem (d'Oran) présente des tableaux graphiques relatifs à une épidémie de rougeole qui a sévi à Oran du 1er octobre 1887 au 15 mars 1888; ils établissent qu'il n'y a pas de corrélation directe entre les oscillations barométriques ou thermométriques et la mortalité rubéolique. Celle-ci eut son maximum chez les sujets de 6 mois à 3 ans et son minimum chez ceux de 1 jour à 1 mois et de 14 à 15 ans. Le sexe féminin a été le plus atteint; les enfants de nationalité espagnole ont été le plus éprouvés, ce qui tiendrait, d'après M. le docteur Hublé, à ce que la population espagnole est la plus misérable de la ville.

M. le docteur Fabriès (de Sidi-bel-Abbes) rapporte l'observation d'un jeune homme qui, à la suite d'une pneumonie *a frigore*, fut pris de thrombose des veines crurales, puis d'embarras gastrique, d'hématurie, de douleur rénale, d'albuminurie, d'hématémèse, de mélœna, enfin d'hémoptysie. Ces accidents furent attribués à l'émiettement des caillots, dont les fragments ont oblitéré quelques branches des veines rénales, gastriques et pulmonaires.

M. le docteur Gillot (d'Autun) attire l'attention sur des dilatations ampullaires qu'il a remarquées depuis longtemps sur le trajet des petits vaisseaux et des capillaires de la face inférieure de la langue. Ces dilatations, rappelant comme aspect et comme structure les anévrysmes miliaires du cerveau, lui paraissent liées à la diathèse arthritique et

---

L'importance accordée par les savants modernes à l'hygiène, et la lenteur avec laquelle les pouvoirs compétents mettent leurs conseils en pratique, nous engagent à insister encore sur ce que nous disions dans notre dernier feuilleton, à propos des réformes à apporter dans l'hygiène hospitalière, et à reproduire l'opinion de M. Ch. Richet sur ce point.

« L'hygiène n'a pas, dans les conseils du gouvernement, la place prépondérante qu'elle devrait occuper. Les ingénieurs et les architectes, qui ont la direction administrative de tous les services, ne veulent pas en entendre parler ; ils l'ignorent et la méprisent. Et, cependant, croyez vous qu'il y ait une considératiou quelconque, sociale ou autre, plus importante que l'hygiène publique ?.....

« Les travaux de M. Pasteur et de ses élèves — je tiens à ce mot d'élèves ; car il en est qui méconnaissent leur maître — ont démontré que la plupart des maladies, le choléra, le charbon, la rage, la tuberculose, la variole, la diphthérie, la scarlatine, la rougeole, la septicémie, l'infection puerpérale, l'érysipèle, la fièvre typhoïde, sont dues à des germes infectieux, à une contagion, non plus à cette vague et insaisissable contagion qu'on ne savait prendre sur le fait, mais à des germes vivants, susceptibles d'être tués si on les soumet à telle ou telle température, à tel ou tel agent chimique. On peut donc les détruire ; on peut s'attaquer aux germes contagieux ! C'est ainsi que le problème de l'hygiène presque tout entière se pose aujourd'hui sous une forme qui est admirable de simplicité, je dirais presque de naïveté : « Il faut détruire les germes contagieux ».

Détruire les germes contagieux, éviter la contagion, voilà comment les physiologistes

avoir une relation étroite avec les altérations analogues des capillaires du cerveau, ce qui, d'après lui, s'explique par les relations circulatoires de ces organes. L'existence des tumeurs miliaires de la langue peut donc en faire supposer d'autres dans le cerveau et, par suite, faire pronostiquer l'imminence de lésions cérébrales et, jusqu'à un certain point, de les prévenir. Ce serait ainsi une sorte de cérébroscopie linguale facile à pratiquer.

D'après M. Trolard (d'Alger), la divergence dans les résultats obtenus avec les diverses médications dans le traitement de la diphthérie tient à ce qu'on n'a pas tenu suffisamment compte de l'âge des sujets; les médications ont d'autant mieux réussi que les sujets étaient plus âgés, et c'est ce qui a fait dire que la diphthérie était d'autant plus grave que les sujets étaient plus jeunes. Il faudrait toujours, en mentionnant les résultats, indiquer l'âge des malades.

M. Trolard a lu ensuite un travail dans lequel il réclame, pour les écoles secondaires de médecine, l'instruction préparatoire aux études qui doivent conduire au doctorat; celles-ci auraient lieu ensuite dans les Facultés de médecine qui délivreraient le diplôme de docteur.

Tout en rendant hommage aux travaux de M. Pasteur dans une autre communication, et sans prendre parti ni pour ni contre l'utilité des inoculations anti-rabiques, M. Trolard demande que l'on ne se désintéresse par des mesures préventives purement policières. L'exemple de l'Allemagne, la Bavière surtout, qui est parvenue par de telles mesures à faire, pour ainsi dire, disparaître la rage dans les grandes villes, est fait pour nous encourager dans cette voie.

Mentionnons encore les mémoires envoyés ou présentés par MM. Ravel (de Tlélat) sur la *misérite*, maladie engendrée par les excès et la misère, et cause elle-même de toutes les autres maladies; — Cheminade, interne des hôpitaux de Bordeaux, sur l'arthrite syphilitique secondaire; — Lantier (de Tannay, Nièvre), sur une phalange unguéale du petit doigt gauche, chez un enfant de 7 ans 1/2, sectionnée tout près de son articulation avec la phalangine, retrouvée après cinquante minutes de recherches, contuse et glacée (le 1er décembre 1887), rapprochée, revivifiée et soudée sous l'action d'une liqueur antiseptique; — Marty (de Mostaganem), sur divers points de médecine légale (submersion, hématologie, recherche de débris fœtaux, simulation, assassinat, imbécillité); — Bertherand (d'Alger), sur de nouvelles plantes introduites dans la thérapeutique médicale et provenant de l'Algérie; — Haro (de Montpellier), sur des instructions aux jeunes mères pour elles-mêmes et pour les nouveau-nés.

---

ont formulé le problème. Il est assurément plus facile à poser qu'à résoudre; mais n'est-ce pas beaucoup que de savoir ce qu'il faut faire, et dans quelle voie il faut avancer?

Les hommes sont parfois d'une inconséquence étonnante. On s'accorde à reconnaître que la vie est le bien le plus précieux. Cependant on ne fait aucun effort pour la protéger. Si l'on daignait réfléchir, si la routine ne gouvernait pas le monde, on ferait de l'hygiène, réglée, dirigée et inspirée par la physiologie, la première de toutes les sciences. La construction d'un hôpital, celle d'une caserne, d'une école, ou d'une prison, ou d'un campement, ou d'un égout ont des conséquences si graves que la responsabilité de ceux qui en sont chargés me paraît vraiment accablante. A vrai dire, ils n'en paraissent guère accablés, et c'est la tête vide et le cœur léger qu'ils se mettent à l'œuvre.

N'êtes-vous pas frappés de ce désaccord extraordinaire entre la science et la pratique? Nous savons exactement la quantité de mètres cubes d'air qu'il faut pour que l'air ne soit pas vicié; nous connaissons les conditions nécessaires à un bon système d'égout ou de vidange; nous savons quelles sont les qualités d'une bonne eau potable. Et, en pratique, architectes et ingénieurs ne tiennent aucun compte de ces données scientifiques formelles, comme s'ils ignoraient que chaque erreur en pareille matière se paye par des existences d'homme.

Un jour on s'étonnera de cette incurie invraisemblable. Quoi! nous savons que la fièvre typhoïde se transmet par les eaux; nous savons cela, et nous ne réussissons pas à préserver les trois millions d'habitants de Paris contre les dangers de cette eau chargée de germes. A force de soins, de prudence, de science, de patience, un médecin très occupé

©BIU Santé

M. le professeur Trélat est élu à l'unanimité président de la section des sciences médicales pour le Congrès de 1889, qui aura lieu à Paris.

Le Congrès de 1890 aura lieu à Limoges, sous la présidence de M. Cornu, professeur au Muséum d'histoire naturelle; M. L. Gobin, ingénieur, en sera le secrétaire général.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 16 avril 1888.

Nouvelles expériences sur l'inoculation antirabique en vue de préserver les animaux herbivores de la rage à la suite de morsures de chiens enragés. — M. V. Galtier (de Lyon) a démontré par des expériences qui datent de 1880-1881 que l'injection de virus rabique dans les veines du mouton ou de la chèvre non seulement ne leur donne pas la maladie, mais encore qu'elle leur confère l'immunité contre les effets du virus introduit postérieurement, simultanément ou quelques instants avant dans leur organisme par un procédé d'inoculation qui réalise les conditions des morsures des chiens enragés.

M. Galtier a invariablement obtenu les mêmes résultats dans de nombreuses expériences renouvelées depuis 1881 et les recherches de MM. Nocard et Roux ont confirmé la justesse de ses déductions.

Des expériences nouvelles faites depuis un an sur les moutons ont démontré que l'injection intra-veineuse de virus rabique, pratiquée quelques heures ou même un jour entier après l'inoculation ou la morsure qui devait donner la rage, préserve à coup sûr les animaux.

Les données fournies surtout par des expériences en date du 13 décembre 1887 et du 10 février 1888 sur des moutons et des brebis permettent à M. Galtier de concevoir dès aujourd'hui l'espérance légitime de préserver de la rage les animaux herbivores qui ont été mordus par des chiens enragés. On peut donc empêcher de devenir enragés les animaux mordus depuis un jour, en leur pratiquant successivement à quelques heures ou à un jour d'intervalle deux injections intra-veineuses de virus rabique provenant de l'animal qui a fait les morsures, ou de tout autre.

Abattre le chien qui a mordu les animaux d'un troupeau de moutons ou de bœufs,

---

finit par sauver, dans le cours de sa longue pratique, une quarantaine de malades atteints de fièvre typhoïde et qui seraient morts sans lui; mais l'erreur d'un ingénieur amène en quelques mois la mort de 2,000 à 3,000 jeunes gens.

Et l'alcoolisme? Et l'alimentation des nouveau-nés? Quelles graves questions, et comme toutes les solutions qu'on donne entraînent aussitôt des conséquences formidables, dans le bien comme dans le mal! Tous les problèmes d'hygiène sont des questions sociales et même les questions sociales les plus importantes de toutes, puisqu'il s'agit de l'existence même des hommes. Or, qui pourrait les résoudre, sinon la science? »

Après avoir montré en quoi la médecine et la physiologie s'accordent, M. Richet montre en quoi elles diffèrent, dans leur but comme dans leur méthode. « L'esprit scientifique n'est pas l'esprit médical. Il n'existe aucun antagonisme entre la clinique et la physiologie, mais il existe une sorte d'antagonisme entre l'esprit scientifique et l'esprit médical. L'esprit scientifique peut se résumer en un mot : c'est la curiosité; tandis que l'esprit médical, c'est la *sécurité*. Toute expérience nouvelle, ingénieuse, vraisemblable ou non, tente le physiologiste, tandis que le médecin n'a pas le droit de se livrer à ces écarts d'imagination. Il n'a pas à s'occuper de la vérité, mais de son malade; avant tout, il ne doit pas nuire. L'esprit scientifique est tout autre; si j'avais à le définir, je dirais qu'il consiste à être aussi hardi dans l'invention des hypothèses que rigoureux dans la démonstration des hypothèses. » Mais en s'appuyant sur des exemples restés fameux, M. Richet démontre que de tout temps les savants ont péché par ce double

©BIU Santé

extraire son bulbe, en faire une émulsion et s'en servir pour pratiquer des injections intra-veineuses à tous les sujets mordus, telle est la conduite qui s'imposera désormais en vue de diminuer les pertes de l'éleveur et les dangers de transmission par les mordus qui pourraient devenir enragés dans la suite.

Position du cristallin dans l'œil humain. — M. TSCHERNING conclut d'études auxquelles il s'est livré que le cristallin est placé obliquement par rapport à la ligne visuelle, les centres de courbure de ses surfaces ne se trouvant pas sur cette ligne visuelle. En général c'est la partie externe qui se trouve le plus en arrière.

De cette déviation résulte un faible degré d'astigmatisme physiologique, qui cependant est en général plus que compensé par l'astigmatisme de la cornée, lorsque cette membrane est, et c'est la règle, plus courbée dans le méridien vertical que dans le méridien horizontal.

Recherches bactériologiques sur l'utérus après la parturition physiologique, par MM. STRAUS et SANCHEZ-TOLEDO. — « Nous avons fait, chez les femelles de différents animaux, un certain nombre de recherches et d'expériences relatives à l'état de la cavité utérine et de son contenu, après la parturition physiologique; en voici les principaux résultats :

1° La première partie de ces recherches a consisté dans l'examen bactériologique de la cavité utérine et du liquide qu'elle renferme à des moments variables après la parturition. Les recherches ont porté sur des lapines, des femelles de cobayes, de souris et de rats. Ces animaux étaient sacrifiés dans un espace de temps, après la mise-bas, variant entre trois heures et trois jours. Immédiatement après la mort, les cornes utérines et le corps de l'utérus étaient ouverts avec toutes les précautions voulues.

On recueillait, à l'aide d'un fil de platine recourbé en anse, des parcelles du liquide muco-sanguinolent qui remplit ces cavités; ce liquide était semé dans des milieux de culture variables (bouillon de veau alcalin, bouillon gélatiné, gélose), les ballons et les tubes étaient maintenus à l'étuve à 20° et à 37°. Cette expérience, répétée un grand nombre de fois et sur un grand nombre de femelles, donna toujours le même résultat : *les milieux de culture demeurèrent stériles.*

En même temps, on étalait sur des lamelles cette sécrétion ainsi que du raclage provenant de la paroi interne de l'utérus. Ces préparations furent soumises à l'action de divers réactifs colorants : *dans aucune, on ne constata la présence de micro-organismes.*

Enfin, des fragments de l'utérus et les cornes furent durcis dans l'alcool absolu, et,

---

défaut : ils ont été à la fois timides dans leurs hypothèses et peu rigoureux dans leurs démonstrations; la circulation du sang, la formation des montagnes, la découverte des animaux fossiles, des bateaux à vapeur, des chemins de fer, du téléphone, des microbes, de la fonction glycogénique du foie, etc., ont été l'objet d'oppositions immenses de la part des hommes les plus intelligents! L'espace nous manque malheureusement pour citer tous les faits curieux rassemblés par M. Richet à ce sujet. Mais quel plus bel exemple que celui-ci : en 1875, M. Dechambre écrivait encore dans le *Dictionnaire encyclopédique* : « LE MAGNÉTISME ANIMAL N'EXISTE PAS! » en lettres capitales.

Au contraire, que de légendes, que de faits absurdes acceptés par les médecins du XVIe et même du XVIIIe siècle, parce qu'ils n'ont pas su voir dans leurs expériences ce qu'ils ne comprenaient pas, depuis Ambroise Paré et ses curieuses histoires de monstres, jusqu'à Haller, qui niait la sensibilité de la dure-mère!

Donc le physiologiste doit toujours expérimenter, expérimenter toujours, sans chercher à comprendre, pour ne pas se laisser influencer par une idée préconçue, en faisant abstraction de ses opinions, en ne concluant même que par le fait. Le médecin doit, avant tout, guérir, mais il doit parfois aussi innover. Quand il a fait œuvre de médecin, il doit faire œuvre de savant. « Il doute des opinions classiques, il cherche les symptômes qui n'ont pas été vus, il analyse les conditions étiologiques même invraisemblables, il conteste les médications qu'il emploie, les juge, les contrôle, les discute, de manière à pouvoir, dans telle ou telle occasion, profiter de ce qu'il vient de voir. Tout

©BIU Santé

sur des coupes, on pratiqua les mêmes essais de coloration également avec des résultats négatifs.

Il faut conclure de ces faits que chez ces animaux, après la parturition physiologique, la paroi utérine, ainsi que la sécrétion qui y est contenue, ne renferment *pas de micro-organismes*.

Les nombreux germes que renferment les premières voies génitales ne pénètrent donc pas à l'intérieur de l'utérus, ou, s'ils y pénètrent, ils y sont rapidement détruits.

Ces faits expérimentaux, observés chez les femelles des animaux, trouvent leurs analogues dans des recherches faites récemment par M. Dœderlin sur les lochies des femmes en couches. Il constata que ces lochies, prises avec pureté dans l'utérus chez les accouchées ne présentant pas de fièvre, ne renfermaient pas de bactéries et pouvaient être inoculées sans effet appréciable sous la peau des animaux, tandis que les lochies des femmes fébricitantes contenaient des microbes et provoquaient des accidents chez les animaux auxquels on les injectait.

2° Nous avons, en outre, procédé à des expériences d'un ordre différent. Nous avons introduit, également à des époques variables après la parturition, dans l'intérieur des cornes utérines des cultures pures de divers microbes pathogènes (*bacillus anthracis*, *vibrion septique*, *staphylococcus pyogenes aureus*, *choléra des poules*).

La plupart de ces injections ont été faites de trois à six heures après la mise-bas, quelques-unes au bout d'un jour ou deux.

Les résultats auxquels nous sommes arrivés sont les suivants :

Dix femelles (lapines et cobayes) reçurent dans les cornes utérines une injection d'une à trois seringues de Pravaz, chargées d'une culture virulente de *bacillus anthracis*, les dix demeurèrent saines alors que les animaux témoins qui avaient reçu quelques gouttes du même virus sous la peau, mouraient régulièrement du charbon.

Deux lapines et deux femelles de cobayes reçurent dans la cavité utérine une culture de *vibrion septique* ; elles demeurèrent indemnes, tandis que les animaux témoins inoculés sous la peau, succombèrent tous.

Deux femelles de cobayes reçurent dans l'utérus, chacune une seringue de Pravaz, de culture de *staphylococcus pyogenes aureus;* l'injection demeura sans effet.

Deux lapines reçurent une injection dans l'utérus d'une culture du microbe du *choléra des poules* ; au bout de vingt-quatre heures, elles étaient mortes, présentant dans le sang une invasion abondante du microbe caractéristique.

Ces expériences conduisent donc à des données inattendues ; elles montrent que l'ou

---

cela suppose une faculté d'observation bien remarquable et une curiosité toujours en éveil : la curiosité du savant.

« Mais cette curiosité du médecin doit être limitée : elle ne doit jamais compromettre la vie ou la santé du malade. Au contraire, pour le savant, la curiosité et l'audace doivent être sans limites. »

En attendant qu'ils soient médecins, les jeunes étudiants ont le devoir d'être très curieux, de travailler beaucoup pour acquérir toutes les connaissances qu'ils devront posséder quand ils soigneront les malades ; la physiologie et l'anatomie peuvent seules leur ouvrir toutes grandes les portes de la clinique. L.-H. Petit.

Insufflations contre la coqueluche. — Moizard.

Benjoin pulv.	}	ää 5 grammes.
Salicylate de bismuth pulv.	}	
Sulfate de quinine		1 gramme.

Mêlez. — Dans chacune des narines des enfants atteints de coqueluche, on fait avec cette poudre 3 ou 4 insufflations chaque jour. Sous l'influence de ce traitement, les quintes tendent à diminuer plus ou moins rapidement, et généralement les vomissements disparaissent dès le début. — N. G.

peut impunément introduire dans la cavité utérine des femelles qui viennent de mettre bas, des quantités énormes de microbes éminemment pathogènes pour ces animaux, sans provoquer aucune infection.

Un seul micro-organisme a fait exception : celui du *choléra des poules ;* mais on sait combien le lapin est sensible à son action, et avec quelle facilité il s'infecte par toutes les voies naturelles, par le tube digestif notamment.

Nous n'essayerons pas pour le moment d'expliquer cette singulière résistance de la plaie utérine après la parturition, chez ces animaux, qui contraste avec la vulnérabilité si grande que présente cette même plaie utérine à l'égard des microbes pathogènes, chez les femmes en couches. »

COURRIER

Erratum. — *Formulaire du 19 avril 1888*, au lieu de : Acide 1 gramme, lisez : Acide phénique 1 gramme. — N. G.

Conseil d'hygiène de la Seine. — M. Léon Colin, dans un rapport sur le décès, par suite de rage, du sieur Marinot, soldat au 129e, dit :

« Devant cette preuve nouvelle et si cruelle des dangers de la rue, il nous est impossible de ne pas insister à nouveau sur l'urgence des mesures réclamées à cet égard par le Conseil de salubrité, et récemment sanctionnées par un vote unanime de l'Académie de médecine.

« Par un acte de courage d'autant plus méritoire qu'il était absolument spontané, le soldat Marinot a sans doute sauvé la vie à d'autres personnes : puissions-nous arriver à n'avoir plus à utiliser de semblables dévouements et à les réserver pour de tout autres circonstances. »

M. Pasteur s'étant associé au vœu formulé par M. Colin, et ayant constaté que le nombre des cas de rage canine augmente de jour en jour dans le département de la Seine, le Conseil a chargé une Commission, composée de MM. Pasteur, Dujardin-Beaumetz, Leviaux et Besançon, de lui présenter un projet d'affiche, dont voici les termes :

Avis concernant la rage. — Le nombre des chiens enragés devient considérable :

261 chiens enragés ont été abattus dans le département de la Seine, pendant le premier trimestre de 1888.

Il est donc indispensable de débarrasser immédiatement la voie publique de tous les chiens errants, *véritables propagateurs de la rage.*

Le préfet de police informe le public que, sur la demande du Conseil d'hygiène publique et de salubrité (séances du 17 février et du 13 avril), il vient de prendre des mesures spéciales pour assurer l'application rigoureuse des dispositions ci-après du décret du 22 juin 1882 :

« *Les chiens trouvés sans collier sur la voie publique devront être saisis, mis en fourrière et abattus sans délai :*

« *Les chiens errants, même munis de collier, seront mis en fourrière et abattus s'ils ne sont pas réclamés avant l'expiration d'un délai de trois jours.* »

Le préfet de police.

Concours du bureau central. — A la suite du tirage au sort du jury pour le concours du bureau central de médecine, MM. Proust, Ducastel, Guibout, Chauffard, Hanot, Terrillon, Gingeot, ont été désignés.

Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Sont nommés membres du Conseil supérieur de l'Assistance publique :

MM. Léon Béquet, docteur Blatin, docteur Bourneville, Brueyre, Caubet, docteur Cazelles, Chamberland, docteur Chautemps, de Crisenoy, Cros-Mayrevieille, docteur Dreyfus-Brissac, Charles Dupuy, docteur Gailleton, Gaufrès, Gerville-Réache, docteur Gibert, Hendlé, docteur Henri Henrot, Labiche, docteur Labrousse, Sigismond Lacroix, René Laffon, docteur Lardier, Lebon, docteur Levieux, docteur Magnan, Mamoz, Marbeau,

©BIU Santé

docteur Marjolin, Martin Nadaud, Georges Martin, docteur A.-J. Martin, docteur Millard, docteur Mireur, Naquet, Normand, Frédéric Passy, Pichon, Benjamin Raspail, docteur Rochard, Théophile Roussel, Sabran, Jules Siegfried, Jules Simon, docteur H. Thulié, Tolain, Emile Trélat, docteur U. Trélat, Warin.

CONFÉRENCES DE CLINIQUE THÉRAPEUTIQUE. — M. Dujardin-Beaumetz commencera ces conférences à l'hôpital Cochin, le mercredi 25 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les mercredis suivants, à la même heure. Il traitera cette année : *Des doctrines microbiennes appliquées à la thérapeutique.*

L'ordre des cours est le suivant : les lundis, à neuf heures et demie, conférences de bactériologie par le docteur Dubief.

Les vendredis, à neuf heures et demie, conférences de séméiologie, par MM. Leriche et Chrétien, internes du service.

— M. François, maître de conférences à la Faculté des sciences de Rennes, est chargé d'une mission en Océanie et particulièrement à Taïti, en vue d'y étudier les polypes coralligènes et les récifs madréporiques.

— M. le docteur Sarade est nommé médecin adjoint au collège Rollin (emploi nouveau).

M. le docteur Doillon est nommé médecin du lycée de Vesoul, en remplacement de M. le docteur Gevrey, décédé.

NÉCROLOGIE. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Maher, directeur du service de santé de la marine, en retraite ; Pion, directeur du *Poitou médical*, et de Mlle Faure, sage-femme en chef de la Maternité de Montpellier, décédée à la suite d'une fièvre typhoïde, dans sa vingt-quatrième année. M. le docteur Antoine Gaillard (de Bourganeuf) s'est fait l'interprète des profonds regrets que laisse cette jeune femme.

LES MÉDECINS AUXILIAIRES DE L'ARMÉE. — Le ministre de la guerre vient de faire adopter le décret suivant :

Art. 1er. — Les officiers de santé et les étudiants en médecine possédant douze inscriptions valables pour le doctorat, compris dans la catégorie des hommes dits à la disposition ou appartenant soit à la disponibilité, soit à la réserve de l'armée active, soit à l'armée territoriale, peuvent être employés, en cas de mobilisation, au service de santé de l'armée, à l'effet de seconder dans les corps de troupe, dans les hôpitaux ou dans les ambulances, les médecins du cadre actif, de réserve ou de l'armée territoriale.

Art. 2. — Ils sont nommés à l'emploi de médecin auxiliaire, après avoir subi un examen d'aptitude, dont les matières sont fixées par un règlement spécial.

Art. 3. — La position, dans la hiérarchie militaire, des médecins auxiliaires, est celle des adjudants élèves d'administration du service des hôpitaux.

Leur solde, en temps de guerre, est la même que celle de ces adjudants-élèves.

Leur uniforme est déterminé par un règlement spécial.

— Le parquet de Montpellier s'étant permis d'opérer une réduction d'un tiers sur le chiffre des honoraires réclamés par trois professeurs de la Faculté de Médecine de cette ville, ceux-ci ont décidé de ne plus accepter aucune expertise judiciaire.

Nous ne pouvons qu'approuver cette résolution, et il serait à désirer que cet exemple fût suivit par tous les médecins légistes ; il est temps que soit modifiée l'antique loi réglant les honoraires alloués aux médecins experts. (*Bull. méd.*)

L'**ÉMULSION MARCHAIS** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Dyspepsies.— Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. L.-G. Richelot : De la cure des hernies et hydrocèles congénitales. — II. Thérapeutique : De la créosote de hêtre associée au baume de tolu et au goudron de Norwège. — Traitement des dyspepsies par la papaïne. — III. Revue des journaux : Contribution à l'étude des greffes zooplastiques. Greffes avec la peau de poulet. — IV. Hydrologie médicale : Eaux de Prades (Ardèche). — V. Formulaire. — VI. Courrier.

De la cure des hernies et hydrocèles congénitales,

Par L.-G. Richelot (1).

Messieurs,

Après vous avoir dit comment je comprends la cure des hernies et des hydrocèles congénitales, et combattu les opinions contraires, il me reste à vous raconter, par ordre chronologique, les faits sur lesquels je m'appuie, et à vous présenter les conclusions qui découlent de cette étude.

La première observation n'est ici que pour mémoire; il s'agit d'un fait complexe, où la cure radicale a été pratiquée dans des conditions exceptionnelles.

I. *Exstrophie de la vessie; hernie congénitale.* — Henri B..., âgé de 2 ans, atteint d'exstrophie de la vessie, est à l'hôpital Bichat depuis le mois de novembre 1885. Sa difformité offre les caractères ordinaires de l'exstrophie vésicale; la surface muqueuse a une surface de 4 centimètres dans tous les sens, et comprend l'ombilic dans son bord supérieur; orifices des uretères facilement visibles, pénis rudimentaire, gland et prépuce notablement développés. Le pénis est taillé en gouttière, et le prépuce, ouvert en haut, n'occupe que la partie inférieure du gland. Ecartement des pubis modéré, testicules descendus, périnée d'aspect à peu près normal, *hernie inguinale droite volumineuse*. L'enfant n'offre pas d'autre vice de conformation; il est fort et bien portant.

Je laisse de côté l'histoire de l'exstrophie, les détails de l'opération que j'ai faite le 27 novembre, et toutes les péripéties du traitement dirigé contre cette infirmité. L'observation *in extenso* est publiée dans l'*Union médicale* du 10 octobre 1886.

On dit que souvent les hernies congénitales accompagnant l'exstrophie guérissent d'elles-mêmes après l'autoplastie, par la rétraction cicatricielle. Chez Henri B... il n'en fut rien; sa hernie inguinale droite sortait volumineuse dans la station verticale et gênait l'enfant pour marcher; il y eut même, pendant quelques jours, une tuméfaction inflammatoire douloureuse qui l'obligea de rester au lit. Aussi me décidai-je vite à la cure radicale, qui fut pratiquée le 4 avril. J'incise les téguments, j'ouvre le canal séreux, et par de simples tractions je le déchire au-dessus du testicule, laissant à la vaginale, isolée du péritoine par ce procédé sommaire, le soin de se fermer d'elle-même. Puis, saisissant avec une pince la partie inférieure du canal séreux, je le dissèque sans autre outil que la pince et les doigts,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 20 novembre et 20 décembre 1887.

©BIU Santé

jusque dans la profondeur du trajet inguinal. Arrivé là, je le résèque au-dessous d'un fil qui oblitère le péritoine. Je n'eus aucune difficulté à séparer la séreuse des éléments du cordon, et cette cure radicale fut faite, en résumé, par l'oblitération du péritoine, avec résection du conduit péritonéo-vaginal et respect absolu du testicule.

La réunion primitive se fit à souhait, et le petit malade fut guéri comme on peut l'être d'une exstrophie vésicale, c'est-à-dire qu'il est sorti de l'hôpital bien portant, avec un appareil appliqué dans de bonnes conditions.

II. *Hydrocèle congénitale ; hernie épiploïque réductible.* — Le 4 août 1886, un garçon de 16 ans, Charles M..., entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren n° 18. Il y a huit mois, sans effort ni traumatisme, il a remarqué par hasard une grosseur au pli de l'aine. Indolence complète ; un médecin consulté déclare qu'il y a une hernie, la réduit et conseille un bandage. Depuis cette époque, Charles M... a toujours porté son bandage, qui ne le gêne en rien dans son travail.

Il se présente à nous pour une petite tuméfaction des bourses du côté gauche, datant seulement de quelques jours. Il est facile de reconnaître un léger épanchement dans la tunique vaginale. Puis, trouvant que la pression le fait disparaître, je diagnostique une hydrocèle avec persistance du conduit vagino-péritonéal ; mais je ne trouve pas trace de la hernie.

Le 11 août, je me dispose à traiter l'hydrocèle par l'incision, avec l'intention de réséquer le conduit vagino-péritonéal. Incision des enveloppes couche par couche ; à l'ouverture de la vaginale, issue d'une petite quantité de liquide citrin, et apparition d'une longue et mince épiplocèle, descendant jusqu'au testicule. Je lie et résèque l'épiploon.

Les éléments du cordon font une saillie notable sous la séreuse, et paraissent contenus dans le canal vagino-péritonéal comme l'intestin dans le péritoine. Je dissèque ce canal minutieusement, à deux centimètres environ du testicule, par le procédé que j'ai décrit ; bientôt, le cordon est séparé sans avoir perdu sa forme et sans que la moindre veinule ait donné du sang. Alors la vaginale est fermée par une première ligature au catgut ; puis le bout supérieur du canal séreux se laisse décoller avec les doigts, sans grands efforts ; il est isolé le plus haut possible, dans la profondeur du trajet inguinal. Seconde ligature au catgut en ce dernier point, et résection du canal séreux.

Le pansement est fait, comme de juste, avec beaucoup de soins. Il est renouvelé le 16 août ; ablation du drain et des points de suture ; réunion par première intention. La température ne s'est pas élevée un seul instant. Le 18, application d'un suspensoir rembourré d'ouate et d'un peu de gaze iodoformée ; tout est fini au bout de quelques jours.

III. *Hernie inguinale gauche congénitale ; ectopie testiculaire.* — W..., âgé de 16 ans (Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry n° 19), est un garçon bien portant, qui a depuis la première enfance une hernie de moyen volume, réductible et sans accidents. On lui a fait porter un bandage, qui comprimait le testicule situé en ectopie dans le canal inguinal, et qu'il n'a pu garder. Ce testicule paraît avoir les dimensions d'une grosse noisette, et sa consistance est molle.

Je fais remarquer aux élèves du service que, si la hernie de ce jeune homme ne donne pas aujourd'hui d'accidents et n'est pas très volumineuse, elle constitue une menace continuelle pour l'avenir. L'ectopie empêche de porter un bandage ; la hernie grossira toujours sans pouvoir être contenue,

et pourra devenir le siège de complications graves; le testicule, de son côté, peut s'enflammer ou dégénérer. Tout m'autorise à tenter la cure radicale.

Mais par quel procédé? Faut-il faire en même temps la castration? Le manuel opératoire en serait fort simplifié, car nous n'aurions pas à disséquer les éléments du cordon. Et pourquoi ménager un testicule atrophié et stérile?

Je suis convaincu, cependant, qu'il est possible de séparer le canal séreux des éléments du cordon, et par suite de conserver la glande séminale. Celle-ci, même inutile, a une valeur morale, surtout chez un jeune homme, et en l'absence de douleurs et d'accidents qui, à ses yeux, motiveraient une mutilation. En outre, il n'est pas impossible que le testicule d'un garçon de 16 ans, placé dans une vaginale close et débarrassé de l'intestin, se développe ultérieurement, voire même se mobilise un peu et ne reste pas absolument fixé dans le trajet inguinal; mais ceci n'est qu'une hypothèse.

Opération le 28 août 1886. La vaginale et le conduit séreux ne font qu'un, pour ainsi dire; car celui-ci est très court, le testicule étant situé dans le trajet au niveau de l'orifie externe. Incision de la vaginale et exploration *de visu :* le cordon fait saillie à l'intérieur de la séreuse, et y paraît contenu comme l'intestin dans le péritoine. Je commence à disséquer la partie supérieure de la vaginale, et à la séparer péniblement des éléments du cordon. Dans ce travail minutieux, une déchirure se produit dans la séreuse, à côté de l'incision primitive; cependant j'arrive à isoler complètement le canal déférent et les vaisseaux. Puis je ferme la vaginale avec un fil de catgut, au point où je l'ai séparée du cordon; je suture l'incision primitive et la déchirure accidentelle. La vaginale se trouve ainsi reconstituée et parfaitement close autour du testicule.

Je me dispose ensuite à séparer du cordon le bout supérieur du canal séreux, pour fermer le péritoine. Mais il est très incommode d'opérer ainsi dans la profondeur du trajet; le canal séreux se détache par lambeaux, si bien qu'après un isolement incomplet du cordon, je renonce à oblitérer le péritoine. L'orifice déchiré de la séreuse abdominale, s'ouvrant ainsi librement dans le tissu cellulaire de la plaie, doit naturellement s'adosser et s'oblitérer de lui-même, la suppuration ne se produisant pas.

D'ailleurs, les éléments du cordon remplissent à peu près le trajet, et la partie supérieure du testicule entouré de sa vaginale et un peu descendu par le fait de l'opération, vient s'appliquer à l'orifice externe. Il ne s'agit pas de le fixer en ce point et de s'en servir comme d'un bouchon, pour empêcher la hernie de descendre, idée peu chirurgicale autrefois mise en avant; mais, actuellemeut, cette situation du testicule facilite le rapprochement des parties et ne peut être que favorable à la réunion primitive.

Un drain de petit calibre est placé entre la peau et la face externe de la vaginale; suture de la plaie au crin de Florence. Pansement le 4 septembre; aucune fièvre, aucune douleur; tout est fini le 7; *exeat* le 12.

Quel résultat éloigné avons-nous le droit d'attendre? A la rigueur, il est possible que le testicule, fixé dans sa vaginale au-dessous de l'anneau, se trouve exposé aux traumatismes et à l'orchite, et qu'un jour ou l'autre on en vienne à la castration. Elle se ferait alors avec une grande simplicité, la communication péritonéale n'existant plus; ce serait déjà un avantage.

Deuxième hypothèse : une nouvelle pointe de hernie peut survenir au-dessus du testicule. La récidive se ferait alors dans de bien meilleures con

©BIU Santé

ditions que la hernie primitive. L'intestin ne descendrait pas dans la vaginale, parfaitement close. La pointe de hernie apparaissant dans le trajet nettement séparée de l'appareil testiculaire, on pourrait appliquer un bandage qui n'offenserait pas ce dernier.

Enfin, comme je l'ai dit, n'est-il pas possible que le testicule se mobilise progressivement, se développe et devienne utile? Nous le saurons, si l'enfant est fidèle à son chirurgien et reste en observation pendant quelques années.

4 octobre 1886. Premère entrevue : le testicule, toujours situé à la même place, est mobile dans la séreuse, et paraît augmenté de volume; est-ce une illusion?

15 novembre 1886 : il n'y a pas trace de récidive; le testicule paraît encore plus mobile et situé plus bas.

10 octobre 1887 : depuis un an, la glande séminale est franchement descendue. Elle n'a pas, sans doute, la mobilité extrême de l'état normal et n'atteint pas le fond des bourses; mais elle est bien dans le scrotum, et pourra, en cas de besoin, y figurer convenablement.

Quant au volume, il n'y a guère de progrès. Obtiendrons-nous, à ce point de vue, des résultats meilleurs en opérant plus tôt? Je l'espère.

Enfin, une pointe de hernie s'est formée tout en haut, loin du testicule, si peu gênante que W... n'y fait pas attention et refuse de porter un bandage. Si jamais elle augmente, il sera facile de la contenir sans que le testicule en souffre.

IV. *Hydrocèle funiculaire avec persistance du conduit vagino-péritonéal.* — Nestor M..., 15 ans (hôpital Saint-Antoine, salle Dupuytren, n° 10) nous dit avoir, depuis sa naissance, le scrotum plus volumineux à droite qu'à gauche. Il y a trois mois, le gonflement s'est accentué davantage, sans douleurs ni gêne dans la marche.

En l'examinant dans la station verticale, je trouve à droite une tumeur grosse comme un petit œuf, située au-dessus du testicule et de l'épididyme, dont elle est séparée par un sillon très net. Cette tumeur est fluctuante, élastique, bien délimitée, et ressemble à un kyste occupant la partie inférieure du cordon.

Lorsqu'il est couché, on est surpris de constater la disparition presque entière de la tumeur. Au-dessus du testicule, fluctuation à peine appréciable; les éléments du cordon semblent baigner dans un liquide qu'on peut ramasser en une petite collection, et qui reflue à volonté vers l'abdomen ou vers la partie inférieure du cordon. Il y a donc persistance du conduit vagino-péritonéal, avec hydrocèle funiculaire.

J'opère le 10 septembre 1886 : incision du canal vagino-péritonéal, d'où s'écoule un peu de sérosité; dissection du canal, qui est bientôt séparé des organes voisins. Les éléments du cordon, situés franchement en arrière, font peu de saillie et ne semblent pas contenus dans la séreuse comme il arrive souvent; aussi l'opération est-elle relativement facile.

Au moment de l'incision du canal ou pendant sa dissection, j'ai fait avec la pointe du bistouri une ouverture à la tunique vaginale. Aussitôt que je m'en aperçois, je la ferme par quelques points de suture au catgut; puis je reprends la dissection du canal, je la poursuis très haut et je lie le pédicule en l'attirant le plus possible au dehors. Drainage, iodoforme et sutures au crin de Florence; l'opération a duré vingt minutes.

Pansement le 14, et réunion primitive sans trace de pus. Seulement, du

14 au 20 septembre, le testicule devient gros, douloureux, sans cause apparente. Cette orchite subaiguë est traitée par l'enveloppement ouaté dans un suspensoir, et le malade nous quitte le 25, en parfait état.

V. *Kyste du cordon, doublé d'une hydrocèle péritonéo-funiculaire.* — S..., garçon de 17 ans (Hôtel-Dieu, salle Saint-Landry, n° 23), porte depuis une époque indéterminée une tumeur du cordon grosse comme un œuf de poule, nettement fluctuante, recouverte par une peau mince et saine, et offrant les caractères d'un kyste du cordon. Elle occupe la partie supérieure du scrotum, au-dessous de l'anneau inguinal externe; on la refoule facilement vers le trajet inguinal, mais il est aisé de voir qu'il s'agit d'une fausse réduction.

Je prends le parti d'opérer ce malade par l'incision large, suivi d'extirpation ou de résection de la poche kystique. Sans doute, on pourrait traiter ce cas par l'injection iodée; mais j'estime que l'incision est tout aussi bénigne, et je pense, d'une façon générale, que les opérations à ciel ouvert sont presque toujours meilleures que les opérations aveugles; elles permettent d'explorer la lésion, d'en saisir tous les détails et quelquefois de changer de plan opératoire, séance tenante, pour le plus grand bien du malade. Ce principe général ne paraissait pas, *a priori*, devoir trouver son application dans un cas si simple; et cependant nous allons voir que je me suis applaudi de l'avoir suivi.

Enfin, par l'incision large et l'extirpation du kyste, je voulais éprouver une fois de plus la possibilité de faire la dissection complète d'un cordon spermatique adossé à une membrane séreuse. Sur ce dernier point, j'étais disposé à ne pas aller plus loin que de raison, et à laisser quelques lambeaux de la paroi kystique adhérents au cordon, si la séparation complète me semblait trop ardue, la réunion de la plaie ne devant pas en souffrir.

Le 16 septembre 1886, ouverture du kyste. En prolongeant l'incision du côté de la vaginale, je fais involontairement, à cette membrane, une boutonnière de 1 à 2 centimètres; aussitôt je la ferme par quelques points de suture au catgut. Puis je résèque partiellement les parois du kyste, pour attaquer ensuite la partie profonde, celle qui adhère au cordon. Mais, en explorant cette partie profonde, au lieu de voir par transparence le paquet vasculaire, je trouve une seconde poche qui fait saillie et double la première. Par une ponction, il sort un liquide séreux analogue au premier; puis, la seconde poche étant incisée largement, j'aperçois les éléments du cordon saillants à sa face profonde et paraissant contenus dans sa cavité. Elle se termine en bas par un cul-de-sac adossé à la vaginale, mais, en haut, un stylet enfoncé à toute profondeur permet de constater qu'on est dans le canal vagino-péritonéal non oblitéré. L'étroitesse de la communication entre la poche et le péritoine fait comprendre que, les parois de ce trajet sinueux s'adossant à elles-mêmes, on n'ait pas obtenu par la pression des téguments la moindre apparence de réduction; ou bien la forme immuable de la première poche, parfaitement close, empêchait de percevoir le reflux du liquide peu abondant contenu dans la seconde. Quoi qu'il en soit, je procède à la dissection du canal séreux, qui se détache assez facilement du cordon, par de simples tractions de bas en haut. Après l'avoir isolé jusque dans la profondeur du trajet inguinal, je l'attire le plus possible, et je le résèque au-dessous d'une ligature placée très haut. Drainage et pansement iodoformé; réunion primitive et guérison rapide sans trace de suppuration. Le malade nous quitte avant la fin du mois.

©BIU Santé

Il m'est permis de dire que, dans ce cas, la ponction et l'injection iodée n'auraient pas donné une guérison si complète. On aurait, sans doute, oblitéré le kyste superficiel; mais le conduit vagino-péritonéal aurait persisté. La présence du liquide aurait fait croire plus tard à une récidive du premier kyste. Alors, une seconde injection iodée n'aurait pas été sans péril, à cause de la communication avec le péritoine; en tous cas, elle aurait laissé béante la partie supérieure du canal séreux qui pouvait devenir un sac de hernie. Ainsi, par l'incision large et l'opération radicale, cet enfant était guéri de ses deux collections liquides, mieux qu'il ne l'eût été par une autre méthode; et, de plus, il était préservé pour l'avenir de sérieux dangers. Les conclusions à tirer de ce fait se dégagent naturellement :

1° En opérant à ciel ouvert avec les précautions antiseptiques, on fait des opérations inoffensives et des opérations meilleures; on explore, on voit ce qu'on fait, on remplit toutes les indications.

2° Dans ce cas particulier, l'opération radicale m'a permis de faire, sans aucun danger, la cure préventive d'une hernie congénitale, qui était, non pas certaine, mais toute préparée par la disposition anatomique de la région.

VI. *Epiplocèle funiculaire congénitale.* — Maurice R..., 15 ans, est admis à l'hôpital Bichat le 26 juillet 1887, salle Jarjavay, n° 29. Il y a trois ans que la partie droite de son scrotum lui paraît plus grosse; le soir, la tuméfaction est un peu plus forte, le matin elle est diminuée; l'augmentation de volume est à peine marquée depuis trois ans, et c'est depuis trois ou quatre mois seulement qu'il y a un peu de gêne après la marche prolongée. L'usage d'un suspensoir rend cette gêne facilement supportable.

Je constate une tumeur grosse comme une noix au-dessus du testicule, qui paraît libre et sain dans sa vaginale. Cette petite tumeur est molle, fluctuante et nettement réductible. Elle se reproduit dans la station verticale ou par les secouses de la toux : un liquide paraît sortir de l'abdomen, gonfler doucement le scrotum et s'accumuler vers la partie inférieure du cordon. Diagnostic : persistance du conduit vagino-péritonéal, hydrocèle funiculaire.

Le 30 juillet, j'incise au-devant du conduit et j'y fais une boutonnière, qui donne issue à quelques gouttes à peine d'un liquide légèrement filant; la tumeur est formée par une languette d'épiploon infiltré, d'aspect gélatiniforme et très mobile dans son enveloppe séreuse. Ligature au catgut et résection de la languette épiploïque. Cela fait, je procède à la dissection minutieuse du cordon, qui paraît contenu dans le canal séreux. Celui-ci est isolé jusque dans la profondeur du trajet inguinal et réséqué au-dessous d'une ligature; je parviens même à séparer de la vaginale son cul-de-sac inférieur, si bien qu'il ne reste pas un lambeau du conduit vagino-péritonéal. J'aurais pu, sans dommage, pousser moins loin de ce côté la dissection. La plaie, pansée à l'iodoforme, est entièrement réunie le 5 août; je renvoie mon petit opéré le 11, sans lui prescrire le port d'un bandage et en l'invitant à venir me voir.

Je l'ai revu, en effet, le 12 octobre 1887 et encore tout récemment : guérison parfaite, région normale, aucune impulsion des viscères.

VII. *Epiplocèle funiculaire congénitale.* — Il s'agit maintenant d'un adulte, Jules M..., 31 ans, couché au n° 7 de la salle Jarjavay, à l'hôpital Bichat. Tumeur inguinale droite, grosse comme le poing, toujours sortie, jamais contenue par un bandage. Elle est mate et ressemble à une épi-

plocèle; comme elle grossit et diminue alternativement, il est difficile de savoir si c'est une masse libre d'épiploon qui va et vient dans le sac, ou une épiplocèle adhérente à laquelle s'ajoute de temps à autre une anse intestinale. J'ai en ce moment sous les yeux une tumeur sans intestin, et le seul fait qui me fasse croire à une disposition congénitale, c'est que la hernie date de la première enfance; le testicule est au-dessous de la tumeur et nettement séparé d'elle.

Opération le 12 octobre 1887. L'incision du sac nous montre une masse épiploïque sans adhérences, que je résèque au-devant d'une triple ligature en chaîne; le pédicule est réduit à travers l'anneau, qui admet facilement la pulpe de l'index. Alors je constate la disposition congénitale du canal séreux, avec adhérence intime de son cul-de-sac inférieur à la vaginale. Je procède à l'isolement du canal à 2 centimètres environ du testicule, je le coupe transversalement au même point, et je laisse le cul-de-sac inférieur adhérent à la vaginale de peur de la blesser. Puis, saisissant avec des pinces à pression le bout supérieur du sac, je le dissèque de bas en haut; les éléments du cordon, qui ne font pas saillie dans la cavité séreuse à cause de l'ancienneté de la hernie, se détachent peu à peu, non sans quelque difficulté; l'accolement est, à coup sûr, plus étroit que dans les hernies acquises; le vrai sac est d'une minceur extrême, bien que la hernie soit vieille de trente ans. Dissection poussée très haut, ligature et résection; enfin, trois fils de catgut échelonnés rétrécissent dans toute sa hauteur le trajet inguinal.

Suture des téguments au crin de Florence, petit drain et pansement iodoformé. Le malade resta sans douleur et sans fièvre; la plaie se réunit par première intention, et la guérison était acquise à la fin d'octobre. Seulement il survint, à partir de cette époque, un certain empâtement sous la paroi abdominale, au niveau de la fosse iliaque droite, avec douleur à la pression, vomissements, et température normale ou atteignant au plus 38°. Ces phénomènes, attribués à une épiploïte légère, disparurent au bout d'un mois, et le malade quitta l'hôpital, bien guéri et sans bandage. Je l'ai revu dernièrement, avec un petit scrotum et une bonne cicatrice de soutien.

VIII et IX. — Je ne transcrirai pas ici ma huitième observation, exemple de persistance du canal de Nück et d'hydrocèle congénitale réductible chez une jeune fille de 19 ans, parce qu'elle a été lue à l'Académie de médecine et doit faire l'objet d'un rapport. La neuvième a trait à une hydrocèle péritonéo-funiculaire; elle a été recueillie tout récemment à l'hôpital Tenon, et paraîtra, d'ici à quelques jours, dans la thèse de M. Winocouroff.

Conclusions. — 1° Comme j'ai en vue spécialement les hernies congénitales, je ne veux pas conclure avec détails sur la cure radicale dans toutes les espèces de hernies. Je me bornerai à dire que, si elle est faite par un opérateur qui connaît bien et applique sans réserve les procédés actuels de la chirurgie, elle est d'une bénignité à peu près absolue; c'est donc une opération légitime et dont les indications peuvent s'étendre.

2° Dans les hernies inguinales, comme dans toutes les autres, la résection du sac est une des conditions de la cure radicale.

3° La résection totale du sac inguinal est toujours possible, soit dans les kélotomies pour étranglement, soit dans les cures radicales faites de propos délibéré.

4° La résection du conduit vagino-péritonéal est toujours possible dans

©BIU Santé

les hernies congénitales sans ectopie; elle l'est aussi, quand le testicule est fixé vers l'anneau inguinal externe ou assez mobile pour y descendre. Elle peut se faire en conservant le testicule et en fermant la vaginale autour de lui. Elle est délicate et minutieuse, mais n'offre pas de grosses difficultés.

5° La résection du conduit vagino-péritonéal, sans hernie, se fait aussi bien et dans les mêmes conditions, quand une hydrocèle réductible permet de reconnaître la disposition congénitale. Elle supprime le canal séreux qui peut devenir un sac, et a la valeur d'une cure radicale préventive.

6° Une opération bénigne et sans mutilation, qui délivre un homme jeune d'une infirmité pénible, source d'ennuis et d'inquiétudes, qui supprime radicalement une espèce dangereuse de hernie ou, dans les cas invétérés, ne lui permet de récidiver que sous une forme plus simple, est une opération que nous avons le droit et le devoir de recommander. C'est pourquoi, Messieurs, j'ai essayé de mettre en lumière l'utilité de la cure des hernies et hydrocèles congénitales, de vous montrer qu'on peut leur faire subir le même traitement qu'aux hernies acquises, de vous décrire avec précision le manuel opératoire auquel je me suis arrêté, de vous dire enfin, plus nettement que ne l'ont fait jusqu'ici la plupart des auteurs, pourquoi et comment nous devons intervenir dans les cas de ce genre.

THÉRAPEUTIQUE

De la créosote de hêtre associée au baume de tolu et au goudron de Norwège.

La créosote de hêtre a été découverte par Reichenbach, chimiste, de Blausko, en Moravie. C'est un produit pyrogéné, dont la composition est : 76,2 de carbone, 7,8 d'hydrogène, 16 d'oxygène; son nom vient de κρέας, chair, et σωξω, je conserve. Cette heureuse étymologie, suggérée par sa propriété essentielle, nous indique l'action qu'elle exerce dans le traitement de toutes les affections de la poitrine et des voies respiratoires.

Les remarquables travaux des docteurs Bouchard, Gimbert, etc., ont affirmé sa haute valeur thérapeutique, qui n'est plus discutée aujourd'hui.

La créosote se présente sous l'aspect d'un liquide incolore, oléagineux, presque insoluble dans l'eau, mais soluble dans l'alcool, l'éther acétique et les huiles essentielles. On la retire du goudron de bois et du goudron de houille.

La composition de la créosote en révèle naturellement les propriétés; elle coagule l'albumine, et constitue l'une des substances les plus antiseptiques et les plus antifermentescibles. Elle tue, avec une rapidité surprenante, les organismes inférieurs. Le seul défaut de ce médicament, c'est d'être mal toléré par certains tempéraments, de causer des nausées, des vomissements, et, dans tous les cas, des renvois, qui obligeaient à en suspendre l'emploi. Il fallait trouver une substance qu'on pût lui adjoindre pour faire disparaître ces inconvénients. Des travaux importants ont fixé le choix sur le baume de tolu, qui présente, pour cet usage des avantages particuliers.

Tous nos lecteurs connaissent la couleur jaune et l'odeur balsamique et agréable de ce baume, obtenu par l'incision de l'écorce du *Myrospermum Toluiferum*, plante de l'Amérique méridionale. Tous aussi savent que ces substances résineuses renferment soit de l'acide benzoïque, soit de l'acide cinnamique, qui leur assurent des propriétés antispasmodiques et anticatarrhales très énergiques.

De toute antiquité, les baumes balsamiques étaient employés avec succès dans le traitement des phlegmasies chroniques qui ne pouvaient supporter l'usage des térébenthinés.

Le baume de tolu, dont la découverte remonte au delà de Dioscoride, était, dès cette époque, employé au traitement de tous les flux muqueux, des maladies chroniques du

poumon, catarrhales et nerveuses, ainsi que dans les affections du larynx produisant l'enrouement et l'extinction de la voix, *raucedines* et *aphoniæ*, et même dans la phthisie tuberculeuse. Morton s'exprime en ces termes au sujet d'une préparation pilulaire composée, en majeure partie, de baume de tolu : *Istæ pilulæ, in scorbuticorum et scrofulosorum lenta phthisi (quæ quidem sunt frequentissimæ phthises), ubi febris (si ulla est) est admodum mitis, et exsputum phlegma quadamtenus glutinosum, asthmaticorum ritu, curationem non tantum in principio morbi, verùm etiam in progressu insigniter promovent.*

La réputation du baume de tolu est bien établie, et il a nous a suffi de rappeler ces anciens travaux pour indiquer que nous n'avons pas affaire ici à une de ces préparations dont l'efficacité est aussi passagère que la vogue, mais à un bon produit de vieille renommée.

En ajoutant le goudron de Norwège à ces deux substances d'une activité si incontestable et si universellement reconnue, on arrive à composer un médicament d'un effet sûr et d'une puissance toute nouvelle, qui peut s'apprécier par celle de ses éléments.

Le goudron végétal (*pix liquida*) du groupe des térébenthinés s'obtient par la distillation des bois de pin qui ne donnent plus de térébenthine. Il se présente sous la forme d'une masse demi-fluide (de consistance sirupeuse), de couleur brune, d'une odeur empyreumatique, d'une saveur âcre.

C'est un mélange complexe de résine et d'une huile essentielle empyreumatique qui s'est formé, en partie, par l'action du feu sur la résine : il contient aussi du charbon.

Au double point de vue physiologique et thérapeutique, le goudron produit des effets qui se rapprochent de ceux de la térébenthine; mais, comme cette dernière, il n'est pas contre-indiqué par les éléments fièvre et congestion inflammatoire.

Il est employé avec grand succès, depuis un temps immémorial, dans les affections des voies respiratoires, en raison des heureuses modifications qu'il apporte sur la muqueuse trachéo-bronchique.

L'hydrolé de goudron a reçu, dans ces derniers temps, de nombreuses applications, grâce aux préceptes de préparation si bien établis par Guibourt, Lefort, Soubeiran, Magne-Lahens, Mignot, Jeannel et nombre d'autres savants.

Après de nombreuses expériences, nous nous sommes arrêtés à une formule, d'après laquelle MM. Trouette-Perret, pharmaciens à Paris, ont préparé des capsules comme suit :

Chaque capsule doit contenir :

5 centigrammes de créosote pure de hêtre;

7 centigrammes 1/2 de goudron purifié de Norwège;

7 centigrammes 1/2 de baume de tolu.

Ces capsules, appelées par leur auteur *Gouttes Livoniennes de Trouette-Perret*, doivent être employées aux doses suivantes :

Dans les cas où la maladie a peu de gravité, et si l'on ne veut qu'un moyen prophylactique, deux capsules le matin et deux le soir peuvent suffire; mais il n'y a aucun inconvénient à porter plus haut les doses.

Dans les cas plus graves, on commencera par quatre capsules le matin et quatre le soir, et on augmentera la dose de manière à arriver à douze capsules par jour, en graduant suivant l'état de la maladie et l'effet que l'on désire obtenir.

Il est indispensable, chaque fois qu'on aura pris de ces capsules, d'avaler un quart de verre d'un liquide quelconque : eau, lait, vin, thé léger ou tisane froide ou chaude. Le mieux serait de les prendre en mangeant, moitié au déjeuner et moitié au dîner.

Lorsque les *Gouttes Livoniennes* auront rétabli la santé, il sera bon de n'en point abandonner brusquement l'usage, et, dans tous les cas, de s'y remettre une quinzaine de jours au retour de l'hiver, et notamment aux changements de saisons accompagnés de temps humides.

Dr E. Lasnière.

Traitement des dyspepsies par la papaïne.

Au moment où la thérapeutique des dyspepsies revient à l'ordre du jour, le praticien ne doit pas oublier qu'il possède dans la papaïne, « cette pepsine végétale », un agent curatif de premier ordre. Le *carica papaya*, de la famille des cucurbitacées, est le type le

©BIU Santé

plus parfait de ce groupe botanique si curieux, que Darwin appelait « les plantes carnivores » et qui confirme, si pleinement, le génial adage linnéen : « *Natura non facit saltus* ». On sait que notre regretté Würtz (dans plusieurs communications à l'Institut de France), a démontré que la papaïne agit *avec une énergie et une promptitude extraordinaires*, et que ce ferment végétal dissout au moins mille fois son poids de fibrine humide, aussitôt désagrégée en une pulpe semi-liquide chimiquement semblable à la peptone. Qui peut le plus, peut le moins : l'action de la papaïne sur la viande de bœuf s'étend, naturellement, à l'albumine de l'œuf, au gluten et à toutes substances protéiques des deux règnes. Sur le lait, principalement, l'effet digestif est remarquable; ce qui nous explique les nombreuses guérisons de lientérie infantile, obtenues à l'aide de la papaïne.

Ainsi que l'écrit l'un de nos maîtres regrettés, « la papaïne fait digérer, comme l'opium fait dormir ». Ce qui signifie que, sans que l'on s'en doute, les aliments se trouvent, par elle, transformés en un fluide nourricier entièrement élaboré, en un nutriment chyliforme, immédiatement assimilable et capable, par conséquent, de réparer, avec promptitude, les tissus organiques les plus délabrés. L'activité énorme, qu'elle imprime aux phénomènes digestifs, rend donc la papaïne indispensable dans les innombrables cas où la suralimentation se trouve indiquée (diabète, tuberculose et maladies consomptives). Ce ferment eupeptique merveilleux réveille l'appétit défaillant, supprime toute répulsion pour les aliments qui se trouvent digérés, quelle que soit la nature chimique du milieu. Tandis que la pepsine n'agit qu'à hautes doses et dans un milieu acide, la papaïne réussit à doses faibles, et son action n'est pas aussi infidèle que celle de son homogène animale, plus altérable, et dont la composition varie étrangement selon le mode de préparation employé. Tous les médecins qui ont eu recours à la papaïne ont remarqué la constance de son pouvoir dissolvant; son action catalytique sur les albuminoïdes donne lieu au chyme le plus léger et le plus nourrissant qui puisse exister.

L'explication en est aisée à saisir. Tout en apportant à l'estomac le ferment qui lui manque, elle vient en solliciter la sécrétion : action thérapeutique bien plus conforme aux inéluctables lois de la biologie! Aussi, l'organisme n'a-t-il point pour la papaïne cette assuétude qui rompt tout pouvoir médicamenteux, la digestion n'en est que plus parfaite, et ne fait ainsi que se rapprocher davantage de l'eupepsie physiologique. Rien d'étonnant, comme conséquences, que l'usage de la papaïne supprime les vomissements et les vertiges gastralgiques, guérisse l'atonie intestinale, supprime les flatulences, etc... Son action s'étend, en effet, sur toutes les dyspepsies gastro-entériques, qui ne sont, comme l'a très bien vu G. Sée, que des *opérations chimiques défectueuses*. Or, la thérapeutique la meilleure n'est-elle point celle qui repose sur l'étiologie? Prenons pour exemple un phtisique au troisième degré. Son fonctionnement gastrique, éteint, se trouve subitement relevé par la papaïne; alors, la diarrhée et les vomissements, dérivant de la dyspepsie, s'arrêtent; la digestion s'opère, normale et indolore; les deptones, rapidement dialysées, subissent une absorption et une assimilation faciles et complètes. Il y a donc eu, indirectement, une reconstitution organo-plastique opérée, par suite du remède apporté à l'insuffisance des sucs digestifs et à leur qualité défectueuse. C'est pour cela qu'un grand nombre de médecins préfèrent la papaïne, comme le *meilleur ferment* digestif, le peptogène selon Corvisart. Sa puissance digestive fait, en outre, de la papaïne un véritable élément de force, très utile contre les maladies débilitantes, les convalescences, la phthisie, le rachitisme, etc. L'illustre Vauquelin aimait à la comparer à « du sang privé de son pigment coloré », et le dénommait *sorte de lymphe végétale*.

Pour terminer cette rapide esquisse, je crois devoir rappeler à nos lecteurs que les préparations de papaïne ont été plus que spécialisées, mais véritablement *monopolisées* par M. Trouette-Perret, pharmacien. Le *sirop* de papaïne de Trouette-Perret est très agréable, et ne possède aucune action offensive ni irritante sur les estomacs les plus délicats. L'*élixir* de papaïne de la même marque est à base de liqueur anisée et possède une puissante action curative dans la plupart des formes de dyspepsies. Ces préparations, que nous signalons à l'attention de tous les praticiens, sont (de même que le *vin*, les *cachets* et les *dragées* de papaïne) toujours exactement dosées. Leurs effets sont

sensiblement identiques pour chacune des formes médicamenteuses qui effectuent toujours, d'une façon régulière et certaine, la peptonisation des substances albuminoïdes. En recommandant ces produits, je n'entends point déprécier les produits de l'officine; Mais (ainsi que l'a très bien dit l'un de nos distingués confrères), « la spécialisation pharmaceutique s'impose absolument, pour tout produit qui nécessite un outillage industriel spécial... »

Dr Pol. VERNON.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étnde des greffes zooplastiques. Greffes avec la peau de poulet, par P. REDARD. (*Archives roumaines de médecine et de chirurgie*, 1re année, n° 4). — Dans trois cas, l'auteur a employé ces greffes avec succès. C'est la peau qui est située sous l'aile des jeunes poulets qui convient le mieux. Elle est souple, vasculaire et présente à sa face profonde du tissu cellulaire lâche, non adipeux. La dimension des lambeaux à transplanter ne doit pas dépasser 1 à 2 centimètres. Il faut laisser adhérente à la peau une petite couche de tissu cellulaire et éviter avec soin le tissu adipeux.

Les sutures paraissent inutiles; la peau une fois mise en place adhère très exactement et ne se déplace pas; la plaie ne doit pas être trop bourgeonnante ni trop suppurante, et il faut veiller à ce qu'elle soit aseptique. Le pansement doit être fait avec le plus grand soin à l'aide de la gaze iodoformée, et si la suppuration n'est pas trop abondante, on peut la laisser en place quatre à six jours.

La résorption est exceptionnelle, mais l'auteur n'affirme pas que ce soit la peau de poulet elle-même qui serve à former une nouvelle peau humaine. — P. C.

HYDROLOGIE MÉDICALE

Eaux de Prades (Ardèche).

Les sources des eaux de Prades (Ardèche) ont été découvertes en janvier 1886, approuvées depuis par l'Académie de médecine et autorisées tout récemment par l'Etat.

Elles se composent de trois sources dont les eaux, ayant quelqu'analogie, ont cependant entre elles des différences assez considérables : la source *Thérèse la Digestive*, alcalino-calcaire; la source *Léontine*, alcalino-sodique, et la source *Joséphine*, qui est ferrugineuse.

C'est de la première de ces sources, la source *Thérèse la Digestive* dont nous nous sommes occupés particulièrement que nous avons à vous entretenir.

C'est une eau bicarbonatée calcique, rentrant dans la catégorie des alcalino-calcaires. Sa composition est des plus heureuses. La proportion d'acide carbonique et des bicarbonates qu'elle contient en fait une eau de table médicale de première qualité.

Son goût très agréable et sa saveur piquante, grâce à la forte dose d'acide carbonique qu'elle contient et qui représente plus qu'une saturation complète à la température ordinaire, lui ont valu son nom de *Digestive*.

Les résultats obtenus par les nombreux médecins qui l'ont employée comme médication facile, dans les cas de dyspepsie, embarras gastriques, maladies des voies digestives, engorgements du froie, coliques néphrétiques, gravelle, diabète et maladies du sang, ont assuré sa réputation.

Beaucoup de médecins à Paris, et plus de 200 médecins de province, nous ont envoyé des demandes d'eaux répétées prouvant les bons effets qu'ils en ont obtenus sur leurs malades.

La qualité particulière de la source *la Digestive* est d'agir avec beaucoup moins de violence que ses similaires, et de ne faire courir ainsi aucun danger au malade ou au consommateur.

Elle n'a pas, comme les eaux trop chargées en sels alcalins, le désavantage d'échauffer

©BIU Santé

l'estomac, de troubler et décomposer les boissons, vins ou lait, avec lesquelles on la prend.

Les estomacs les plus faibles peuvent la tolérer; et elle opère plus lentement, mais plus sûrement, les effets démandés aux eaux chargées en sels.

Elle a aussi des propriétés altérantes qui la rendent efficace contre les maladies du sang; cette propriété, jointe au développement des facultés digestives qu'elle active considérablement, en fait une boisson très efficace contre toutes les affections qui ont pour cause un affaiblissement de l'estomac et qui conduisent à la chloro-anémie.

Un des grands avantages de la source *la Digestive* est qu'elle se conserve admirablement après les transports les plus longs.

FORMULAIRE

PILULES ANTINÉVRALGIQUES. — Laborde.

Azotate d'aconitine cristallisé.....	5 milligrammes.
Bromhydrate neutre de quinine ...	50 centigrammes.
Sirop de quinquina	q. s. pour 5 pilules.

Une seule pilule toutes les quatre heures, dans une cuillerée d'eau, jusqu'à concurrence de cinq à six par jour, pour combattre les douleurs névralgiques. — Les jours suivants, se régler sur les effets obtenus, pour diminuer ou espacer davantage les doses, s'il survenait quelques troubles des voies digestives, ou des fourmillements trop accusés dans les extrémités. — N. G

COURRIER

L'inauguration de la Faculté de médecine de Bordeaux doit avoir lieu le samedi 28 courant sous la présidence de M. Carnot.

SECOURS PUBLICS AUX NOYÉS, ASPHYXIÉS ET BLESSÉS. — Pendant l'année 1887, des secours ont été donnés à 1,268 personnes, savoir :

313 dans les pavillons de secours aux noyés établis sur la Seine et sur les canaux parisiens; 921 dans les différents postes de police de Paris; 34 dans les postes de la banieue. Total : 1,268 personnes, dont 313 noyés.

Parmi ces 313 individus :

175 se sont jetés volontairement à l'eau; 141 sont tombés involontairement à l'eau, et sur ce nombre 50 ont dû leur submersion à l'ivresse.

298 personnes sont sorties saines et sauves des pavillons de secours, c'est-à-dire que sur les 313 submergés, 15 seulement n'ont pu être rappelés à la vie.

Parmi ces 15, 4 devaient être morts avant d'être apportés aux pavillons de secours.

— M. Terrillon, chirurgien de la Salpétrière, reprendra ses leçons de clinique chirurgicale, le mercredi 2 mai, à dix heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure.

SANTAL-CABANÈS. Garanti pur. Excellent *antiblennorrhagique*. Echons fos/demande.

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM. Spécifique contre les hémorroïdes.

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte.** — Un verre à Bordeaux aux repas

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. G. Sée : Des pseudo-anémiques. — II. P. Bouloumié : Service de santé militaire : son recrutement et son organisation. — III. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — IV. Axi-pelvimètre du docteur Marius Rey. — V. Formulaire. — VI. Nouvelles de l'étranger. — VII. Courrier.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Des pseudo-anémiques.

I. LES INANITIÉS.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

Nous avons indiqué les pseudo-anémiques en les divisant en trois classes : 1° les inanitiés; 2° les épuisés; 3° les intoxiqués chroniquement. (Voir *Union médicale,* 21 février 1888.) L'inanition se rapporte à la nutrition et à la respiration; de là les inanitiés proprement dits et les apnéiques.

Les inanitiés. — La pseudo-anémie des inanitiés, qui présente des degrés divers, peut avoir son origine soit dans une nourriture défectueuse au point de vue de la qualité, c'est-à-dire de la proportion d'azote et de carbone, soit dans une ration insuffisante au point de vue de la quantité, soit enfin dans une altération des voies digestives ou de leurs annexes, et ne permettant pas l'élaboration ou l'absorption normale des substances ingérées.

Forcément variables en raison du climat, de l'exercice, de l'abondance des sécrétions (normales ou morbides), en raison aussi de l'état de débilité, de la convalescence ou des emmagasinements nécessaires à la croissance, — les besoins alimentaires de l'homme effectuant un travail moyen, correspondent à une ration quotidienne d'environ 130 grammes d'albumine sèche, 70 à 120 grammes de graisse, 350 à 400 grammes d'hydrates de carbone (féculents et sucre), 2,500 à 3,000 grammes d'eau (y compris celle des aliments), et 14 à 32 grammes de sel, ce qui fournit un rapport de 1 : 3 1/2 pour la proportion d'azote et de carbone.

Examinons d'abord les troubles provoqués par l'*inanition relative* résultant d'une *alimentation défectueuse au point de vue de sa qualité.* Un *régime uniquement composé de viande,* à l'exclusion des hydrocarbures et des graisses, exigerait, pour fournir à l'élimination des 280 grammes de CO^2, qu'un adulte excrète journellement par son poumon, ses intestins et ses reins, l'ingestion quotidienne de 2 kilogr. de viande dont la digestion serait évidemment impossible. Avec une dose moindre de viande, additionnée toutefois de gélatine pure, l'abstention des hydrates de carbone entraîne aussi la fonte des tissus graisseux, selon le but visé généralement par le régime d'amaigrissement.

Soumis à un *régime gras exclusif,* le corps perd journellement 2 p. 100 de son poids, et la mort survient aussi rapidement que sous l'influence d'une diète absolue. Mais il suffirait d'y adjoindre une faible quantité d'albumine pour restreindre l'usure des tissus albuminoïdes et pour rendre la perte d'urée moindre que dans l'inanition complète.

©BIU Santé

Un régime comprenant *exclusivement des hydrocarbures* (dont 1 gramme correspondrait seulement à 1/3 de gramme de graisse) userait plus rapidement les tissus albuminoïdes, en ménageant le tissu adipeux et en hydratant l'organisme. Tels seraient les effets d'une nourriture composée uniquement de végétaux pauvres en albumine et, notamment, des pommes de terre dont il faudrait ingérer jusqu'à 10 kilogr. pour l'entretien azoté quotidien d'un adulte.

Quant à une *complète privation d'eau*, elle aboutirait très vite à la mort, après avoir tari les sécrétions, rendu les muqueuses sèches et facilement inflammables, provoqué l'inappétence et la dyspepsie, et causé dans les mutations organiques de graves modifications souvent suivies d'une fièvre intense; celle-ci s'est élevée jusqu'à 40° même, dans les cures d'amaigrissement tentées à l'aide de la suppression des boissons. L'eau restreint en effet la destruction des albuminoïdes : injectée dans le sang, elle fit abaisser les déchets de 6,3 à 3,8 chez un chat soumis au jeûne absolu.

Une *alimentation complètement dessalée*, qui serait d'ailleurs bientôt refusée par un animal et qu'on serait obligé d'injecter dans son estomac, amènerait rapidement l'indigestion et le vomissement; les animaux privés de sels de potasse et de sel marin meurent au bout d'une semaine après avoir subi une désintégration musculaire et des troubles nerveux, en particulier le tremblement. Imposé à l'homme, un tel régime ne lui permettrait pas de fournir les 32 grammes de sels que l'adulte élimine chaque jour. Vous savez enfin qu'on a rattaché le scorbut à la privation des sels de potasse, et le rachitis à l'absence de sels calciques.

Si nous étudions maintenant les effets de l'*inanition incomplète résultant des rations insuffisantes d'une alimentation normalement proportionnée dans ses éléments*, nous verrons qu'à l'instar de la diète absolue, le déficit de nourriture, en se prolongeant, entraîne une *oligocythémie*, habituellement accompagnée de microcythémie et d'hydrémie, et caractérisée, comme l'a démontré Panum, par un ralentissement dans la production des hématies *sans que, pour cela, la masse du sang cesse de demeurer égale au douzième du poids corporel* et *sans que le pouvoir réducteur de l'hémoglobine augmente*.

Cette altération du sang, différente de celles qui sont propres aux anémies vraies, se rencontre chez l'enfant mal nourri, chez l'aliéné qui refuse de manger, chez le malade atteint de rétrécissement de l'œsophage ou de lésions affectant l'appareil digestif, et notamment la muqueuse intestinale (dont l'intégrité fonctionnelle est si importante au point de vue de l'absorption); enfin, chez les individus cachectisés soit par des intoxications métalliques comme le plomb et le mercure, soit par des infections virulentes comme la malaria, et surtout la tuberculose, ou par le cancer.

La *pseudo-anémie consécutive* à cette inanition d'origine si variable se traduit toujours aussi par une diminution dans les chiffres de l'urée et de l'acide carbonique excrétés journellement; la déchéance des organes reproduit à un degré variable celle qui résulterait de la diète absolue.

L'état des organes à la suite de l'*inanition complète* prouve qu'une abstinence absolue affecte les divers tissus dans une mesure inégale. Ainsi, chez un chat soumis par Voit à la privation totale d'aliments, la graisse a perdu environ 97 p. 100 de son poids primitif, la rate 67, le foie 54, les muscles 30, le sang 27, les reins 26, la peau 21, l'intestin 18, les pou-

mons 17, le pancréas 17, les os 14, l'axe cérébro-spinal 3 et le cœur 2 1/2 seulement. Ces deux derniers tissus jouissent donc d'une aptitude privilégiée à l'égard de la nutrition et du fonctionnement (1). Dans la perte totale du poids corporel, les muscles figurent pour 42 p. 100 et le sang pour 14 p. 100 seulement. Calculée au point de vue des éléments constituants, la perte des albuminates est de 40 p. 100, celle des matières inorganiques de 4 1/2 p. 100; quant à la graisse, elle disparaît presque en totalité du contenu des cellules, sous l'action de l'oxygène, pendant que les principes albuminoïdes, tout en s'hydratant, sont un peu mieux épargnés, ce qui explique la résistance plus prolongée des sujets gras.

Après les tissus adipeux et splénique, ce sont les tissus hépatique et musculaire (où cesse d'ailleurs la fonction glycogénique) qui subissent la plus forte perte. La bile, épaisse et concentrée, versée par le foie, ratatiné et foncé, dans la vésicule biliaire, se retrouve mêlée au mucus et aux débris épithéliaux dans l'intestin, qui est remarquablement rétracté.

Quant au sang, dont les éléments solides, l'albumine et les sels, n'éprouvent qu'un déchet relativement faible, on voit qu'il se comporte en réalité comme un tissu ayant ses lois de nutrition spéciales et non pas exclusivement comme un suc nutritif liquide, puisqu'il est loin de faire à ses dépens les frais de l'autonutrition. Cette déchéance, qui affecte, dans une mesure moindre encore, les reins, les organes respiratoires et la peau (décolorée et plissée par suite de l'amaigrissement), ne saurait être considérée comme une atrophie en raison de la dégénérescence graisseuse nettement accusée sur certains tissus. Quelle que soit leur nature, ces déperditions présentent, d'après Schmidt, ce caractère particulier d'être plus marquées sous l'influence de la lumière que pendant la nuit.

Les phénomènes correspondants à ces altérations sont de sept ordres (sans parler de la faim, qui atteint son maximum au second jour, et du besoin permanent de la boisson qui, même seule, pourrait prolonger la vie des affamés jusqu'au 70e jour); ce sont : 1° la *débilitation musculaire*, qui affecte jusqu'aux fibres lisses de l'estomac et des intestins; — 2° l'*amaigrissement*, qui répond à la destruction d'abord rapide, puis, plus lente, de la graisse, et qui, chez le chat de Bidder et Schmidt, s'est traduit au bout de 18 jours par une perte totale de 1,197 grammes; — 3° la *diminution des sécrétions* et notamment de l'urine, qui se trouve concentrée et acidifiée en raison de la proportion relative des acides sulfurique et phosphorique, et dans laquelle le chiffre de l'urée (tombant chez l'homme de 30 à 8 grammes) s'est abaissée, chez le chat, de 7 gr. 9 à 0 gr. 7, en même temps que les matières organiques se réduisaient de 1 gr. 3 à 0 gr. 01 et que le chlorure de sodium disparaissait entièrement; — 4° la *diminution de l'oxygène absorbé* qui, chez le chat, s'abaisse de 46 à 12 grammes, ainsi que la diminution de l'acide carbonique excrété, qui, chez le même chat, descendit de 13 gr. 9 à 6 gr. 1, et qui, chez le physiologiste Ranke expérimentant sur lui-

(1) Il est intéressant de rapprocher les résultats constatés par Voit, au sujet de ces deux organes, des expériences effectuées par Ehrlich à l'aide des couleurs autoxydables; ces derniers travaux éclairent d'un jour très nouveau la constitution des protoplasmas des cellules et permettent déjà d'entrevoir comment la *saturation en oxygène, propre à ces deux organes*, assure aux éléments fonctionnels de leur protoplasma une aptitude plus persistante à demeurer en activité, et comment elle prévient en même temps la désintégration des éléments de leur protoplasma préposés plus particulièrement à la nutrition de la cellule. (Voir : Les *Connaissances médicales*, 1888, nos 10, 11 et 12.)

©BIU Santé

même à Munich, fut par jour de 925 grammes après une forte alimentation, de 847 grammes après un régime de 2 kilog. de viande, de 759 grammes après une nourriture mixte, de 735 grammes après l'exclusion de principes azotés, et de 662 grammes après une diète absolue; — 5° la *modification des propriétés physiologiques de certaines parties du système nerveux* (toutefois assez résistant en général); — 6° l'arrêt du cœur sous l'influence d'une excitation forte des nerfs sensitifs, et l'atténuation de la réaction des nerfs vagues à l'égard de la strychnine et du curare, puis l'amoindrissement de la résistance aux affections virulentes ou inflammatoires après la section des rameaux correspondants du sympathique, et, après les traumatismes, le peu de tendance à la réparation; — 7° enfin, pour signaler, en terminant, un phénomène peu connu, l'*accroissement des glandes génitales* observé, chez certains poissons du moins, aux frais des matériaux puisés dans les muscles latéraux : chez des saumons du Rhin, laissés dans l'eau sans nourriture, les matières sèches et l'albumine fournies par ces muscles s'abaissèrent respectivement de 33 gr. 6 et 18 gr. 45 à 18 gr. 5 et 13 gr. 20, et, d'autre part, les ovaires augmentèrent de poids dans la proportion de 1 à 7 p. 100 et les organes mâles dans la proportion de 1 ou 2 à 5 ou 6 p. 100, témoignant ainsi de la réalité de cette désintégration musculaire au profit de la reproduction sexuelle pour pourvoir à la conservation de l'espèce à défaut de la conservation individuelle.

D'après ce qui précède, il est impossible de constater la moindre analogie entre les inanitiés et les anémiques; tout traitement anti-anémique (fer) appliqué à ceux qui ne digèrent pas ou n'ont rien à digérer serait plus qu'absurde; il serait éminemment dangereux.

Il en sera de même d'un autre genre d'inanitiés; il s'agit de ceux qui sont privés de la quantité d'air suffisant ou réparateur; je veux parler des apnéiques.

Service de santé militaire: son recrutement et son organisation,

Par le docteur P. Boulloumié (1).

Secours auxiliaires. — Médecins attachés aux Sociétés de secours. — A côté du service de santé de l'armée doivent fonctionner en temps de guerre les Sociétés de secours auxiliaires, conformément aux décrets de 1884 et 1886. Il est bon, dès lors, de préciser ici quel est le recrutement de leur corps médical, et quelle place elles occuperont dans les secours nationaux devant correspondre à nos armées nationales.

Les décrets portant règlement pour le fonctionnement des diverses Sociétés de la Croix-Rouge française disent (art. 4 du décret ayant pour objet la Société française de secours aux blessés, et art. 6 des décrets ayant pour objet l'Union des femmes de France et l'Association des dames françaises) : « Sont recrutés : les médecins traitants, parmi les docteurs en médecine; les médecins-aides, parmi les docteurs en médecine ou les officiers de santé; les pharmaciens, parmi les pharmaciens diplômés »; et, dans le même article : « Nul ne peut être employé par la Société s'il n'est Français ou naturalisé Français, et s'il n'est dégagé de toutes les obligations imposées par la loi du 27 juillet 1872 sur le recrutement de l'armée et par la loi du 3 brumaire an IV sur l'inscription maritime.

« Néanmoins les hommes appartenant à la réserve de l'armée territoriale peuvent

---

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 1er, 22 décembre 1887, 9, 11 février et 20 novembre 1888.

© Santé

exceptionnellement, sur des autorisations nominatives données par le ministre de la guerre, être admis à faire partie du personnel employé par cette Société. Les demandes d'autorisation concernant les hommes de cette dernière catégorie seront adressées, dès le temps de paix, au ministre; les autorisations accordées par le ministre seront valables, même en cas d'appel de la classe à laquelle ils appartiennent »

Cette dernière phrase a donné lieu à des interprétations erronées qu'il est utile de rectifier dans l'intérêt de tous. Il était évident, pour qui connaît le sens du mot *hommes* en style militaire, qu'il s'agissait là des hommes de troupe et non des officiers, et par conséquent des médecins. Il eût été bien extraordinaire, d'ailleurs, que les décrets réglant le fonctionnement des Sociétés qui ne doivent être que des auxiliaires, offrissent ainsi le moyen d'affaiblir le service de santé militaire en le privant de médecins que leur âge (de 35 à 40 ans), et leur expérience font justement considérer comme les plus utiles parmi ceux que la loi lui permet d'appeler dans ses rangs en cas de guerre.

L'Association des dames françaises, une des Sociétés de la Croix-Rouge française s'étant néanmoins méprise sur la valeur des termes du décret, et s'étant, dès lors, dans une circulaire répandue à profusion, déclarée autorisée par décret à réclamer le concours des médecins, pharmaciens et comptables appartenant à la dernière partie du contingent, promettent, en conséquence, à ceux qui lui en feraient la demande, de leur faire accorder par le ministre une autorisation les dispensant de servir, même en cas d'appel de la classe à laquelle ils appartiennent, etc., etc., il a paru nécessaire au ministre de la guerre de rappeler à toutes les Sociétés de la Croix-Rouge française l'interprétation à donner à l'article des décrets rapportés ci-dessus. C'est ce qu'il a fait dans une note identique adressée à chacune de ces Sociétés.

Je reproduis en entier celle qui a été adressée à l'Union des femmes de France. Elle dissipera tous les doutes et tous les malentendus créés par les fausses interprétations que maintes fois, comme secrétaire général de cette Société, j'avais dû déjà réfuter à l'occasion de questions posées ou de demandes faites par des médecins et pharmaciens appartenant à la réserve de l'armée territoriale.

« Madame la présidente,

« L'article 6 du décret du 21 décembre 1886, portant règlement pour le fonctionnement général de l'Union des femmes de France, dispose que « les hommes appartenant « à la réserve de l'armée territoriale peuvent exceptionnellement, sur des autorisations « nominatives données par le ministre de la guerre, être admis à faire partie du per- « sonnel employé par l'Union des femmes de France ».

« Cet article ayant été compris de manières différentes, j'ai l'honneur de vous faire connaître que l'expression « hommes » vise exclusivement les hommes appelés à servir en qualité d'*hommes de troupe* et non les médecins et pharmaciens appartenant à la réserve de l'armée territoriale, lesquels sont appelés, en cas de mobilisation, pour faire un service d'officiers.

« Toute autre interprétation est évidemment erronée et aurait pour conséquence immédiate de désorganiser le service de santé de l'armée en le privant d'un nombre considérable d'officiers qui lui sont indispensables. Vous trouverez, sans aucun doute, des ressources suffisantes parmi les médecins dégagés de toutes les obligations du service militaire : tous tiendront à honneur de prendre part à l'action salutaire qu'est appelée à exercer l'Union des femmes de France.

« Il demeure d'ailleurs entendu qu'il y aura lieu de proposer seulement des hommes appartenant aux quatre plus anciennes classes de la réserve de l'armée territoriale pour faire partie du personnel de l'Union des femmes de France, lorsque vous jugerez nécessaire de faire établir des propositions de cette nature à titre tout à fait exceptionnel.

Veuillez agréer, etc.

Le directeur du service de santé,

Dr Dujardin-Beaumetz.

Il n'y a donc plus de doute possible, *les médecins et pharmaciens attachés aux Sociétés de secours, en temps de guerre, doivent être dégagés de tout service militaire. Ils doivent être*

©BIU Santé

de plus agréés par le ministre. Un article des décrets déjà cités (art. 6 du décret spécial à la Société française de secours aux blessés, art. 8 du décret spécial à l'Union des femmes de France), dit, en effet : « Le personnel d'exécution, médecins, pharmaciens, comptables, etc., est exclusivement choisi par la Société, sous les réserves déjà indiquées à l'article (art. 4 pour la première, art. 6 pour la deuxième) et sous la condition, pour les médecins, d'avoir été agréés par le ministre de la guerre. Au début, et préalablement au fonctionnement du service, les différents délégués régionaux et autres adressent aux autorités militaires un contrôle nominatif du personnel employé sous leurs ordres, ils font connaître, au cours du service, les mutations qui se produisent ».

De plus, aux termes des décrets (art. 2, Société française de secours aux blessés; art. 5, Union des femmes de France) : « En temps de paix, la Société adresse, tous les six mois, au ministre de la guerre, un rapport destiné à lui faire connaître les moyens dont elle dispose en personnel et en matériel ».

Il faut donc, et c'est là une très sage mesure, que les Sociétés de secours aient, dès le temps de paix, leur personnel aussi bien que leur matériel assuré pour le temps de guerre, et, en ce qui concerne le personnel médical, que ses membres, entièrement libérés du service militaire, aient été agréés par le ministre. La ratification par le ministre des choix faits par les Sociétés est basée sur un rapport du directeur du service de santé de la région de corps d'armée.

Si j'insiste sur les obligations imposées aux Sociétés de secours dans le choix de leurs médecins, c'est parce qu'il me paraît important qu'elles soient bien connues de tous et parce qu'une circonstance récente m'a montré qu'elles ne l'étaient pas suffisamment.

Un certain nombre de médecins du Calvados, dans une réunion tenue à Caen, le 16 juin 1887, ont pensé que les médecins, tout en promettant d'une manière générale leur concours aux ambulances qui pourraient être créées dans le département, ne devaient pas, en tant que médecins, s'affilier à telle Société plutôt qu'à telle autre, parce qu'ils se devaient à toutes, et, malgré l'avis contraire d'un groupe important de ses membres, la majorité de l'assemblée a adopté un projet d'organisation médicale dont les points principaux sont les suivants :

Constitution de groupes médicaux pour assurer des secours aux malades et aux blessés sur tous les points du Calvados.

Délimitation d'une zone d'action de chaque groupe.

Mise à la disposition des Sociétés de secours, sur leur demande, de la liste des médecins composant chaque groupe.

En cas de guerre, mise à la disposition de la première Société qui en ferait la demande des membres de tel ou tel groupe, suivant le siège des ambulances.

Désignation dans chaque groupe d'un membre « chargé de correspondre avec les Sociétés ou avec l'autorité civile et militaire, et de fournir à qui de droit (c'est le ministre de la guerre) les statistiques exigées par le décret du 21 décembre 1886 ».

Inspiré par le seul désir d'être utile à l'armée, ce projet témoigne du patriotisme et de l'abnégation de nos confrères, il ne peut, à ce titre, qu'être loué; mais il ne tient pas suffisamment compte de la nécessité de prévoir et d'organiser, qui s'impose aux Sociétés de secours et des obligations auxquelles elles sont soumises par les décrets dont je viens de rappeler quelques articles.

Je conviendrais très volontiers avec nos confrères que les médecins ne doivent pas promettre leur *concours exclusif* à une Société quelconque, parce que, si la Société de leur choix venait à ne pas instituer, en temps de guerre, d'ambulance ou d'hôpital dans la région, alors qu'une autre en instituerait, ils ne rendraient pas au pays les services qu'il est en droit d'attendre, sinon de réclamer, de tous les médecins. Mais je ne comprendrais pas que ce *concours non exclusif* qui leur est demandé par les Sociétés de secours fût refusé par eux. Si, d'une part, en effet, il faut que partout où des établissements auxiliaires de secours seront créés il y ait des médecins prêts à les desservir, il faut, d'autre part, que les Sociétés qui s'engagent à secourir les malades et les blessés de l'armée sachent sur quels concours médicaux elles peuvent absolument compter. Les articles des décrets cités plus haut leur en imposent d'ailleurs l'obligation.

J'ajouterai que les médecins faisant partie des groupes médicaux, dont il est parlé

dans le projet comme devant faire le service des hôpitaux et ambulances du départements en temps de guerre, « doivent être préalablement agréés par le ministre », et qu'ils ne peuvent être agréés qu'en tant qu'adhérents à l'une ou l'autre Société reconnue d'utilité publique et rattachée au service de santé militaire, le ministère de la guerre ne connaissant, en dehors de celui-ci, que les Sociétés de secours rattachées par décret.

Je dirai enfin que les groupes médicaux en question n'ayant pas d'existence officielle ne peuvent « correspondre avec l'autorité militaire », ainsi que l'indique le projet; seuls les délégués régionaux des Sociétés de secours rattachées au service de santé sont autorisés à correspondre, par l'intermédiaire des directeurs du service de santé, avec les généraux commandant les régions de corps d'armée, comme leur président ou présidente correspondent seuls avec le ministre.

Je crois donc que, tout en poursuivant la réalisation de l'œuvre projetée, les médecins du Calvados devraient s'inscrire à telle ou telle Société ayant leurs préférences, mais *en spécifiant que le concours promis n'est pas exclusif* et qu'en agissant ainsi ils concilieraient leur désir, nettement exprimé par quelques-uns, de ne pas s'inféoder à une Société, avec la nécessité pour les Sociétés de savoir à l'avance, et de faire connaître au ministre, à qui elles confieront leurs services, en cas de guerre.

Le personnel attaché aux diverses Sociétés de la Croix-Rouge française est autorisé à porter le brassard institué en vertu de l'art. 7 de la Convention de Genève. Les brassards sont exclusivement délivrés par le directeur du service de santé de la région, et revêtus de son cachet et du numéro de série de la région, sur la production du contrôle nominatif des Sociétés.

Tous les établissements de secours créés par les Sociétés demeurent placés, au point de vue du contrôle et de la discipline, sous la surveillance de l'autorité militaire; au point de vue de l'hygiène et de l'exécution du service, sous celle du directeur du service de santé de la région ou de son délégué.

Les services auxquels les Sociétés de secours sont appelées à prendre part sont réglés par les décrets; il est intéressant pour les médecins de les bien connaître.

La Société française de secours aux blessés des armées de terre et de mer, l'Union des femmes de France, l'Association des dames françaises (art. 1er des décrets de 1884 et 1886) « sont autorisées à seconder, en temps de guerre, le service de santé militaire et à faire parvenir aux malades et blessés les dons qu'elles reçoivent de la générosité publique.

« Pour l'accomplissement de cette mission, elles sont placées sous l'autorité du commandement et des directeurs du service de santé.

« Le concours de ces Sociétés ne peut être étendu ni au service de première ligne, ni aux hôpitaux d'évacuation dont demeure exclusivement chargé le service de santé militaire. »

Les distinctions dans la distribution des services aux diverses Sociétés sont inscrites dans les décrets.

« L'intervention de la Société française de secours aux blessés (art. 2) consiste, en temps de guerre : 1° à créer dans les places de guerre et les localités qui lui sont désignées par le ministre de la guerre, ou les généraux commandant le territoire, suivant les cas, des hôpitaux destinés à recevoir des blessés et des malades appartenant aux armées; 2° à prêter son concours au service de l'arrière en ce qui concerne les trains d'évacuation, les infirmeries de gare et les hôpitaux auxiliaires du théâtre de la guerre. »

« Le concours de l'Union des femmes de France ne peut être étendu ni au service de première ligne, ni aux hôpitaux d'évacuation (art. 1er du décret); son intervention est limitée au service de territoire (art. 2). Elle peut consister (comme celle de la Société française de secours aux blessés) à créer, dans les places de guerre et les localités désignées par le ministre de la guerre ou les généraux commandant le territoire, suivant le cas, des hôpitaux auxiliaires destinés à recevoir des blessés et des malades appartenant aux armées »; mais l'Union des femmes de France étant, comme son nom l'indique, une Société spécialement composée de femmes, ne doit pas, sauf le cas d'investissement ou de siège, fonctionner ailleurs que dans la zone du territoire. Tous ses services

©BIU Santé

doivent être sédentaires. Elle pourrait être autorisée à organiser le service des infirmeries de gare dans les localités où la Société française de secours aux blessés n'aurait pas de représentants et où elle-même aurait des comités organisés, mais elle ne saurait être appelée à concourir avec la première au service de l'arrière.

Ces réflexions s'appliquent également à l'Association des dames françaises.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Suite de la discussion sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. — Présentation d'instrument; présentation de pièce pathologique : Hystérectomie pour un cancer du col utérin.

M. Chauvel fait un rapport sur un travail de M. le docteur Tarlière, médecin-major, intitulé : *Considérations sur certains faits intéressants observés dans un cas de suicide par arme à feu ayant produit une plaie pénétrante de l'abdomen.*

Il s'agit d'un homme de 29 ans, robuste, entré à l'hôpital le 30 janvier 1887, à la suite d'une tentative de suicide avec un revolver du calibre de 11 millimètres. Le blessé se plaignait d'une vive douleur vers la région cardiaque. Il existait une plaie au côté gauche du thorax, dans le huitième espace intercostal, à cinq travers de doigt au-dessous du mamelon gauche et un peu en dehors de la verticale mamillaire. La balle s'était arrêtée sous la peau, sur le côté droit de la colonne vertébrale, au niveau de la douzième vertèbre dorsale. L'extraction en est pratiquée.

Hématurie onze heures après l'accident; mort par syncope au bout de dix-sept heures. — *Autopsie :* Fracture de la septième côte. Tous les organes thoraciques sont intacts; perforation du diaphragme obturée complètement par un bouchon épiploïque; dans la cavité abdominale, épanchement sanguin évalué à un litre et demi environ; — tous les viscères : estomac, intestin, foie, rate entièrement sains; seul le *rein gauche* atteint dans sa partie supérieure, broyé et réduit en bouillie; capsule surrénale détruite; pas de lésion des gros vaisseaux.

En somme, le blessé est mort de syncope due sans doute à l'hémorrhagie considérable produite dans la cavité abdominale par la lésion du rein. Le chirurgien a suivi la pratique conseillée par M. Reclus; il a donné de l'opium, injecté de la morphine, favorisé la production des adhérences viscérales, la fermeture de plaies qui n'existaient pas, et le blessé est mort d'une hémorrhagie interne non soupçonnée.

Ce fait plaide donc en faveur de l'intervention immédiate, de l'exploration du trajet de la balle, de l'action hâtive conduite suivant les circonstances. Il serait à désirer que l'on pût reconnaître à des signes certains le début d'une hémorrhagie intra-abdominale, de ces écoulements lents, mais mortels cependant, qui, malheureusement, ne se traduisent aux yeux du chirurgien que lorsqu'il est trop tard pour y remédier. Tant que les premiers signes d'une hémorrhagie, d'une lésion intestinale, d'une péritonite, ne seront pas mieux précisés, tant que les phénomènes qui commandent l'action chirurgicale ne seront pas plus nettement définis par les adversaires de l'intervention immédiate, les partisans de l'action hâtive auront le droit de regarder la temporisation et l'attente comme regrettables et dangereuses.

M. Trélat rappelle que, dans la première discussion qui s'est élevée au sein de la Société de chirurgie, il a, le premier, défendu les idées qui tendent de plus en plus à prévaloir aujourd'hui. Il disait alors, et les recherches de M. Reclus l'ont montré depuis, que toute plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver, a toutes chances d'être accompagnée de blessure de l'intestin; il ajoutait que toute plaie de l'intestin devait être considérée comme toujours mortelle et nécessitait une intervention immédiate. M. Trélat estime que les observations qui ont été publiées depuis et la discussion actuelle apportent un incontestable appui aux doctrines qu'il s'est efforcé de faire pré-

valoir. Sans doute les recherches et les expériences de M. Reclus ont établi la possibilité de l'oblitération des plaies intestinales par un bouchon muqueux; mais il faut bien dire que, dans la pratique, il serait illusoire de compter sur la solidité de cette occlusion.

Rappelant les faits qui ont été produits dans cette nouvelle discussion, M. Trélat s'efforce d'établir qu'aucun de ces faits ne témoigne contre la doctrine de l'intervention immédiate. Au contraire, à son avis, les résultats de l'autopsie ont montré que, chez plusieurs des blessés, la guérison eût pu être obtenue si les chirurgiens, moins temporisateurs, avaient hardiment pratiqué la laparotomie. Assurément les chirurgiens qui pratiquent l'intervention immédiate n'ont pas la prétention de sauver tous les blessés, mais ils ont à cœur de ne pas laisser mourir, en simples spectateurs, des blessés susceptibles d'être sauvés par une opération.

En résumé, dit M. Trélat, toutes les fois que l'on a des raisons quelconques de croire que l'on a affaire à une plaie pénétrante de l'abdomen, à une plaie de l'intestin, il faut intervenir. Ces raisons sont les suivantes : une balle a traversé la cavité abdominale, on a pu s'assurer qu'elle est entrée par un point de l'abdomen et sortie par un autre; on on a constaté la direction, suivi le trajet du projectile; ou bien encore le blessé présente du collapsus, il y a du tympanisme généralisé; toutes ces raisons imposent l'intervention immédiate. Que s'il reste des doutes sérieux sur l'existence réelle d'une plaie intestinale, alors on peut attendre, mais en se tenant prêt à agir dès qu'il survient le moindre accident.

M. Championnière : Toute la question est de savoir si la plaie est pénétrante ou non; c'est là qu'est la difficulté. Evidemment, si le chirurgien pouvait toujours être sûr qu'il y a eu pénétration et lésion viscérale, il n'hésiterait pas à intervenir. Mais il y a des cas dans lesquels il est extrêmement difficile de constater la pénétration. Si la plaie est pénétrante, il faut intervenir et cela immédiatement, sans abandonner jamais le malade aux ressources de la nature.

M. Desprès pense que le diagnostic des plaies pénétrantes est presque toujours possible. Dans les deux cas suivis de mort qu'il a cités dans la dernière séance, il s'est abstenu parce qu'il avait fait le diagnostic; d'après le ballonnement du ventre, le collapsus, l'hématurie, il avait diagnostiqué une plaie du rein gauche compliquée de perforation du côlon descendant. Il ne croit pas qu'aucun chirurgien puisse apporter une observation contrôlable de guérison d'un cas de ce genre. Le seul cas dans lequel M. Desprès serait disposé à pratiquer la laparotomie, est celui de plaie pénétrante de l'abdomen par balle de revolver ayant traversé la paroi abdominale au-dessous de l'ombilic; l'intestin est alors perforé, et l'on peut, en pratiquant la suture de la plaie intestinale, remédier aux accidents et sauver le malade.

M. Reclus insiste sur la nécessité d'une statistique probante pour la solution de la question qui se discute devant la Société de chirurgie. Or, il n'existe pas, quant à présent, de statistique vraiment sérieuse. Pour souscrire à la pratique des chirurgiens qui préconisent la laparotomie immédiate, il faudrait d'abord démontrer que toute plaie pénétrante de l'abdomen est nécessairement mortelle. Or, M. Reclus a montré dans une série d'expériences, sur les animaux, que les perforations intestinales peuvent être oblitérées par un bouchon muqueux. Qu'il soit septique, comme l'a dit M. Terrier, M. Reclus ne le nie pas; mais il n'en est pas moins vrai que c'est là un mécanisme qu'emploie la nature pour opérer la guérison, par adhérence, d'un certain nombre de plaies intestinales. Quoi qu'on en ait dit, l'irruption des matières fécales dans le péritoine peut être arrêtée par ce bouchon muqueux, conjointement avec l'emploi de l'opium à haute dose et des injections de morphine.

En attendant une bonne statistique, M. Reclus ne se croit pas obligé d'intervenir immédiatement toutes les fois qu'il a constaté une plaie pénétrante de l'abdomen. La perforation ne lui suffit pas; il lui faut des gaz, du sang, des matières septiques, pour le contraindre à faire la laparotomie, celle-ci ayant des chances très grandes d'être mortelle par elle-même.

©BIU Santé

M. Marc Sée estime que la laparotomie est indiquée dans tous les cas de plaie pénétrante de l'abdomen, parce que, suivant lui, toute plaie de ce genre s'accompagne de blessure viscérale. Avant la laparotomie, il est indispensable de se servir du stylet ou de la sonde rectiligne pour indiquer la direction de la plaie et le point de la cavité abdominale où doivent porter les recherches.

M. Tillaux a vu un jeune homme qui s'était tiré un coup de revolver en plein ventre; la balle avait traversé la cavité abdominale, il y avait eu blessure du rein révélée par une hématurie abondante et cependant le blessé a guéri. M. Tillaux affirme donc qu'une plaie pénétrante de l'abdomen peut guérir spontanément et que, dans la plupart des cas, l'intervention fait courir aux blessés les dangers les plus graves. Autant il est indiqué d'intervenir dans les plaies pénétrantes produites par des coups de couteau, autant il est contre-indiqué de le faire lorsqu'il s'agit d'une plaie par balle de revolver. Dans ce dernier cas, on obtient plus souvent la guérison par la temporisation que par l'intervention immédiate.

M. Reclus a observé un malade qui, à la suite d'une plaie du ventre par balle de revolver, avait eu à trois reprises des selles sanglantes ressemblant à du mélœna. La plaie siégeait au niveau de l'ombilic; la perforation de l'intestin n'était pas douteuse. Or, le blessé a parfaitement guéri. M. Reclus pourrait citer plus de dix observations semblables. Il ne faudrait donc pas considérer toute plaie intestinale comme étant nécessairement mortelle.

— M. Berger présente, au nom de M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie, un nouveau spéculum destiné aux opérations pratiquées sur le col utérin.

— M. le docteur Routier, chirurgien des hôpitaux, met sous les yeux de la Société de chirurgie une pièce pathologique constituée par un cancer du col de l'utérus opéré par l'hystérectomie. — A. T.

Axi-pelvimètre du docteur Marius Rey.

L'instrument a été présenté à la Société obstétricale et gynécologique de Paris dans la séance de mars dernier. Il a essentiellement pour but de faire connaître la direction exacte de l'axe du détroit supérieur et en général celle d'un plan pelvien antéro-postérieur quelconque. Il est fondé sur cette proposition de géométrie élémentaire que, dans un triangle isocèle, la ligne qui joint le sommet au milieu de la base est à la fois perpendiculaire sur cette base et bissectrice de l'angle sommet. Réciproquement, la bissectrice du sommet est perpendiculaire sur la base.

Si donc on prend un compas d'épaisseur dont les extrémités des branches soient à la même distance de l'articulation, la ligne bissectrice du sommet sera constamment perpendiculaire au milieu de la base, c'est-à-dire au milieu de la ligne qui joint les extrémités des branches du compas.

Pour réaliser mécaniquement cette disposition rien n'est plus facile ni plus simple. Il suffit de faire glisser dans l'articulation du sommet une tige rectiligne qui sera maintenue à la même distance des branches du compas par deux ailettes mobiles de longueur égale placées de chaque côté, sur chaque branche, à la même distance du sommet. La direction de cette tige, A, sera constamment perpendiculaire à la droite qui joint les extrémités du compas. Si donc ces extrémités sont placées l'une sur le point sus-pubien (extrémité antérieure du diamètre promonto-sus-pubien), l'autre sur le promontoire (extrémité postérieure du même diamètre), cette tige A sera perpendiculaire au milieu de ce diamètre; plaçant alors le plan de l'instrument dans le plan antéro-postérieur, la tige A se trouvera à la fois dans un plan perpendiculaire au plan du détroit supérieur et perpendiculaire à une droite située dans ce plan, elle sera par conséquent perpendiculaire au plan; en un mot, elle se confondra avec l'axe du détroit supérieur. Si les extrémités du compas au lieu d'être placées exactement aux extrémités du diamètre promonto-sus-pubien sont placées en des points différents, par exemple, au point sus-

pubien ou sur l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire, la ligne A ne donnera, sauf correction, que la direction de l'axe et non l'axe lui-même.

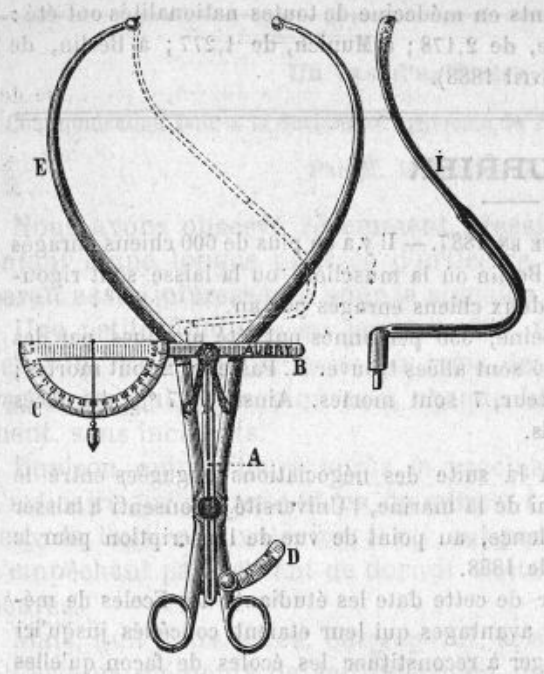
L'instrument porte deux branches, l'une externe E et l'autre interne I, que l'on peut remplacer l'une par l'autre suivant qu'on prendra le promontoire ou l'apophyse épineuse de la cinquième lombaire pour point de repaire.

La tige A porte à son extrémité supérieure une tige B qui lui est perpendiculaire et qui par conséquent est parallèle au diamètre examiné. Cette tige diamétrale est munie d'un cercle gradué et d'un fil à plomb qui permet de savoir immédiatement l'inclinaison des tiges A et B sur la verticale ou sur l'horizon.

L'instrument, construit avec le plus grand soin par M. Aubry, est des plus simples et, grâce aux dispositions ingénieuses des poignées, d'un maniement commode. Une graduation permet de savoir la distance qui sépare les extrémités du compas.

La tige A est, dans la pensée de l'auteur, ce qu'il y a de plus intéressant dans l'instrument, car si l'on connaît la direction de l'axe et si l'on peut avoir l'axe même du détroit supérieur, on saura d'avance dans une application de forceps la direction qu'il convient de donner à la traction.

L'instrument prête à d'autres considérations sur lesquelles il n'y a pas à insister ici.



LÉGENDE.

A Tige d'inclinaison de l'axe.
B Tige d'inclinaison du diamètre correspondant.
C Cercle gradué muni d'un fil à plomb donnant l'inclinaison axile et diamétrale.
D Cercle gradué mesurant le diamètre saisi.
I Branche interne pouvant se substituer à la branche E, ainsi que l'indique le pointillé.

FORMULAIRE

Une erreur s'est glissée dans la formule du 22 avril, à propos de l'azotate d'aconitine. La formule doit être rétablie de la manière suivante :

PILULES ANTINÉVRALGIQUES. — Laborde.

Azotate d'aconitine cristallisé.....	1 milligramme.
Bromhydrate neutre de quinine ...	50 centigrammes.
Sirop de quinquina	q. s. pour 5 pilules.

F. s. a. cinq pilules. — Une seule pilule, toutes les quatre heures, dans une cuillerée d'eau, jusqu'à concurrence de cinq à six par jour, pour combattre les douleurs névralgiques. — Les jours suivants, se régler sur les effets obtenus, pour diminuer ou espacer davantage les doses, s'il survenait quelques troubles des voies digestives, ou des fourmillements trop accusés dans les extrémités. — N. G.

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

DÉCÈS CAUSÉS PAR LA RAGE EN ANGLETERRE. — D'après un discours de Ritchie, prononcé au parlement anglais le 16 février dernier, le nombre des décès causés par la rage s'est

©BIU Santé

élevé annuellement à 40 pendant les dix dernières années. Cette moyenne est de 7 pour Londres pendant la dernière période (de 1878 à 1887). Le maximum des décès s'est produit en 1885 : 60 pour l'Angleterre, dont 27 pour la capitale. Ce minimum a été observé l'année dernière, où on n'a constaté à Londres que 2 décès par hydrophobie.

Institut anti-rabique de Constantinople. — Son excellence le docteur Zoeros Pacha expose, dans la *Gazette des hôpitaux de Constantinople*, un tableau détaillé de treize personnes par lui traitées, depuis mai jusqu'en décembre 1887, mordues par un cheval ou de chiens reconnus enragés et traités par la méthode intensive ou modifiée par l'auteur, aujourd'hui toutes ces personnes se portent bien. (*Rev. méd. ph. de Constantinople*).

— Sept sujets américains ont reçu le diplôme de docteur en médecine à Paris dans le courant de l'année 1887 ; dans ce nombre, il y avait deux femmes. Le total des étrangers admis à ce grade à l'École de Paris pendant ladite année, a été de 42, dont 4 femmes. — Pendant cette même année, les étudiants en médecine de toutes nationalités ont été : à Paris, au nombre de 3,000 ; à Vienne, de 2,178 ; à Munich, de 1,277 ; à Berlin, de 1,140 (*Saint-Louis Courrier of Medecine*, avril 1888).

COURRIER

La rage dans le département de la Seine en 1887. — Il y a eu plus de 600 chiens enragés à Paris pendant l'année 1887, alors qu'à Berlin où la muselière ou la laisse sont rigoureusement appliquées, il n'y a qu'un ou deux chiens enragés par an.

En 1887, dans le département de la Seine, 350 personnes ont été mordues par des chiens enragés. Sur ces 350 personnes 306 sont allées trouver M. Pasteur, 2 sont mortes; 44 n'ont pas cru devoir aller chez M. Pasteur, 7 sont mortes. Ainsi, 0,67 °/₀ de décès chez les premiers ; 15 °/₀ chez les seconds.

Les Écoles de santé de la marine. — A la suite des négociations engagées entre le ministère de l'instruction publique et celui de la marine, l'Université a consenti à laisser aux Écoles de médecine navale l'équivalence, au point de vue de l'inscription pour le doctorat, mais seulement jusqu'à la fin de 1888.

Il est formellement entendu qu'à partir de cette date les étudiants des Écoles de médecine de la marine ne jouiront plus des avantages qui leur étaient concédés jusqu'ici

Le ministre de la marine a dû s'engager à reconstituer les écoles de façon qu'elles présentent les garanties nécessaires, tant au point de vue des professeurs qu'au point de vue du nombre des cours. Les projets pleuvent d'ailleurs à la direction du personnel pour réorganiser définitivement le corps de santé de la marine.

— Le cours complet et quotidien d'obstétrique, avec toucher et manœuvres, de M. le docteur Fournel commencera le lundi 30 avril, à huit heures du soir. On s'inscrit tous les jours de cinq à six heures, 165, rue Saint-Honoré (place du Théâtre-Français).

A CÉDER pour cause de décès plusieurs ouvrages de médecine, parmi lesquels le *Dictionnaire de Dechambre* complet jusqu'à ce jour, et plusieurs instruments de médecine et de chirurgie. — S'adresser aux bureaux du Journal.

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 efficcité.

PHTISIE. — Le remède par excellence de cette maladie à ses diverses périodes est le *Vin de Bayard* à la peptone phosphatée, 1 à 2 cuillerées par repas.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. L. DELIGNY : Un cas d'urticaire pigmentée. — II. Société italienne de chirurgie (Congrès tenu à Naples). — III. De quelques nouvelles médications. — IV. BIBLIOTHÈQUE : La fièvre typhoïde à Constantinople. — De la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été. — V. REVUE DES JOURNAUX : L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant. — VI. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — VII. FORMULAIRE. — VIII. COURRIER. — IX. ANALYSE du Lait d'Arcy.

Un cas d'urticaire pigmentée.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 25 février 1888,

Par M. le docteur L. DELIGNY.

Nous avons observé récemment, Messieurs, l'évolution chez une jeune enfant d'une longue poussée d'urticaire dont la forme assez rare nous paraît assez intéressante pour la signaler à votre attention.

Une petite fille, née en janvier 1886, forte, bien constituée, élevée au sein, fut vaccinée par nous au mois de mai de la même année, avec du vaccin animal, deux piqûres à chaque bras. La vaccine évolua normalement, sans incidents.

Environ quinze jours après la vaccination apparut une forte poussée d'urticaire sur le tronc et les membres. Les éléments de l'éruption étaient ceux de l'urticaire vulgaire; il n'y eut pas de fièvre, le prurit fut modéré, n'empêchant pas l'enfant de dormir. Cette poussée disparut en vingt-quatre heures.

Mais, huit jours après, elle reparut, et alors sous une forme nouvelle.

Certains éléments de cette seconde poussée avaient encore l'aspect de l'urticaire ordinaire, mais d'autres se présentèrent sous forme de taches érythémateuses, avec, à leur centre, des élevûres rouges ou violettes. Ces élevûres, dont quelques-unes étaient brunâtres, se voyaient surtout sur le tronc, la racine des membres, irrégulièrement groupées; quelques-unes isolées et disséminées sur les avant-bras et les jambes. Au bout de vingt-quatre heures, la lésion pâlissait, devenait grisâtre, puis jaunâtre, et, après sa disparition, laissait une tache pigmentée plus ou moins marquée.

Cette pigmentation s'effaçait au bout d'un temps variable, certaines taches en quelques jours; mais d'autres persistaient plus longtemps, et nous avons cru remarquer que ces dernières étaient celles qui avaient été exposées au grattage ou au frottement des vêtements.

L'éruption était apyrétique, accompagnée d'un prurit assez violent; la paume des mains et la plante des pieds furent épargnées, et, à la face, il n'y eut qu'une seule tache à la joue droite. Quand l'enfant écorchait une de ces petites élevûres en se grattant, il s'écoulait une goutte de sérosité claire, et, si le grattage avait été violent, il produisait une petite ulcération superficielle qui était vite cicatrisée.

L'éruption disparut en quatre jours, et, pendant huit jours, rien de nouveau ne se produisit. Mais, ces huit jours écoulés, une nouvelle éruption survint, semblable en tous points à la précédente, puis une quatrième, une

©BIU Santé

cinquième, et, de huit jours en huit jours, l'urticaire se continua jusqu'en septembre 1887, c'est-à-dire environ quinze mois.

Toutes ces poussées furent semblables, également apyrétiques, présentant toutes, outre les taches pigmentées, des plaques d'urticaire commune en petit nombre.

En septembre, l'éruption devint moins intense, et les deux dernières poussées ne furent plus que des poussées d'urticaire commune.

Fait à signaler, l'état général de l'enfant ne souffrit en aucune façon de cette longue affection; il n'y eut ni troubles digestifs, ni diarrhée, ni affaiblissement, ni perte d'appétit. Cependant, au mois de juin, après une nuit pendant laquelle l'enfant avait été agitée et s'était plainte à plusieurs reprises, on trouva dans les urines du matin une quantité relativement considérable de petits graviers d'urate de soude.

Nous devons ajouter que la mère de l'enfant, dont le grand-père paternel et le grand-père maternel étaient goutteux, a quelques manifestations arthritiques, et que le père est rhumatisant.

Au point de vue de la nature de l'éruption, il n'y a guère à songer qu'à une variété d'urticaire qui a été décrite sous le nom d'urticaire pigmentée. Le pemphigus aigu des nouveau-nés a des éléments éruptifs bien différents, de véritables bulles, et il a ordinairement une durée moins longue et une tout autre action sur l'état général des petits malades qui en sont atteints. En outre, l'apparition d'une première poussée d'urticaire vulgaire, la présence à chacune des autres poussées d'élevûres d'urticaire commune confirment le diagnostic d'urticaire pigmentée.

Cette forme de l'urticaire est assez rare et peu connue; elle a été signalée pour la première fois, en 1869, par Nettleship (1). Après lui, Morrant Baker, Tilbury Fox, Barlow, Mackenzie, et d'autres, ont publié de nouveaux cas. Elle n'a pas été décrite dans la plupart des traités de dermatologie, mais M. Henri Leroux lui a consacré une page très intéressante dans son article URTICAIRE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*.

L'urticaire pigmentée est une forme rare, qui a été uniquement observée chez les enfants. Dans 15 cas où l'âge a été indiqué, 11 enfants avaient 2 ans ou au-dessous, une petite fille de 8 ans, et trois garçons de 12, 15 et 18 ans. Mais, dans tous ces cas, l'affection a débuté dans les premiers mois, à 3 jours, dans un cas de Mackenzie; à 10 jours, dans un autre cas de Fox; à 2 mois, dans un cas cité par Sangster; et à 5 et 6 mois, dans les cas de Goodhart et de Morrow (Leroux).

Dans le cas que nous venons de citer, il y a eu ceci de particulier, que des éléments d'urticaire vulgaire apparaissaient au milieu d'éléments d'urticaire pigmentée. Ce fait est important pour établir la nature de cette affection qui a été très discutée. En effet, Tilbury Fox a comparé cette éruption à un xanthelasma, et l'a appelée xanthelasmoïdea. Thin conclut à une scrofulodermie. On admet généralement qu'il s'agit véritablement d'urticaire chronique avec hypérémie, diapédèse des globules colorés du sang et désintégration consécutive des hématies (Lewinski). Notre observation vient bien à l'appui de cette manière de voir.

Quel a été le rôle de la vaccine dans l'apparition de l'urticaire dans notre cas? Nous croyons qu'elle a pu agir comme cause provocatrice, mais pas autrement.

(1) *British medical Journal*, 1869.

Il nous est difficile de ne pas admettre que l'urticaire et la gravelle, et des épistaxis qui se produisirent ensuite chez l'enfant, sont des manifestations précoces d'une disposition arthritique héréditaire.

L'urticaire avec d'autres affections cutanées, la gravelle, le coryza, l'épistaxis fréquente, sont au nombre des manifestations de l'arthritisme dans l'enfance. Notre cher collègue, M. Duroziez, a déjà signalé les épistaxis dans l'enfance, comme étant une première manifestation de la diathèse rhumatismale et un avertissement des affections cardiaques qui doivent se produire à un âge plus avancé. Il a montré par des faits que ces épistaxis, survenant chez des enfants qui auront plus tard des attaques de rhumatisme articulaire aigu et des lésions vasculaires, prouvent la grande part que prend le système vasculaire dans le rhumatisme.

Nous sommes portés à croire que cette disposition vasculaire, chez cette enfant de race arthritique, a été pour quelque chose dans la forme pigmentée qu'a prise l'urticaire, dans la diapédèse des corpuscules sanguins.

Il y a, dans l'apparition précoce de ces accidents de nature arthritique, une indication précieuse au point de vue thérapeutique, qu'il ne faut pas négliger. On verra que le traitement que nous avons employé, dans le sens que nous venons d'indiquer, a eu une action favorable.

Quelques mots, pour terminer, relativement à ce traitement.

Les bains, même émollients et employés seulement dans l'intervalle des poussées, n'ont pas réussi.

Après plusieurs essais infructueux, nous avons employé le traitement indiqué par Burkley, lequel nous a donné les meilleurs résultats.

Le soir, onction avec cette pommade :

Hydrate de chloral Camphre pulverisé Gomme pulvérisé	ââ 4 grammes.
Cérat	30 —

Triturer les trois premières substances jusqu'à ce que le mélange se liquéfie et ajouter le cérat.

Cette onction calme le prurit, permet à l'enfant de dormir, et, avantage inestimable, supprime le grattage qui produit des effets désastreux dans cette affection.

Le matin, onction avec :

Acide phénique	0 gr. 30 centigr.
Glycérolé d'amidon	30 grammes.

Faire coucher l'enfant dans une longue chemise en toile, pendant la nuit, et, pendant le jour, ne mettre que de la toile fine en contact avec la peau.

Nous avons employé plusieurs fois ce traitement dans des cas d'urticaire où tous les moyens échouent et souvent agravent l'affection; il nous a toujours réussi comme calmant, ce qui est déjà quelque chose.

En même temps, nous avons fait prendre à l'enfant, dans du lait, deux à trois cuillerées à bouche chaque jour d'eau de Vichy, source Grand-Grille. C'est quelque temps après l'emploi de l'eau de Vichy que les poussées se modifièrent et enfin disparurent. C'est encore en reprenant l'eau de Vichy, que nous avons pu arrêter les épistaxis qui se produisirent chez la même enfant dans la suite.

Inutile d'ajouter que les précautions d'hygiène, et surtout d'hygiène alimentaire, ne furent pas négligées.

Tel est, Messieurs, le cas que je voulais vous soumettre.

©BIU Santé

Société italienne de chirurgie.

5e Congrès tenu a Naples du 26 au 28 mars 1888.

Deux points de la pathogénie de la septicémie chirurgicale ont été étudiés par M. Tricomi (de Rome) qui a trouvé : 1° Que deux microbes différents pouvaient déterminer le syndrome clinique et anatomo-pathologique de la septicémie ; 2° que l'inoculation du *staphylococcus pyogenes aureus* ne produisait pas d'abcès métastatiques. Ceux-ci n'apparaissent que dans les cas où l'inoculation est précédée d'une introduction dans le sang de poudre de charbon, de sucre ou d'amidon. On peut donc admettre que dans l'infection microbienne septicémique, une altération préexistante est nécessaire pour la production des abcès métastatiques et que, dans le cas contraire, les microbes pathogènes sont éliminés. Cette opinion, à laquelle se range M. Maffucci, a été démontrée encore par des expériences faites dans son laboratoire par Bonome.

Les microbes des tumeurs malignes, admis par les uns, niés par les autres, ont fait l'objet d'intéresantes communications. M. Maffucci (de Pise) a inoculé à des animaux des liquides de culture provenant d'un lymphome infectieux ; dans toutes les lésions produites il a retrouvé le même streptocoque, il en conclut que ce lymphome contenait un virus inoculable aux animaux chez lesquels il donne lieu à des produits inflammatoires aigus et chroniques, ayant un aspect néoplasique qui rappelait la tumeur primitive.

M. Durante (de Rome) a obtenu d'un mycosis fungoides des cultures qui, inoculées à un singe et à deux lapins, ont provoqué la formation d'abcès qui contenaient le même microbe.

M. Lampiasi a examiné de son côté 32 tumeurs, dont 12 bénignes, qui donnèrent des résultats négatifs, et 20 sarcomes et carcinomes dont la moitié donnèrent des résultats positifs. Le microbe trouvé dans le suc de la tumeur fut retrouvé dans les cultures et dans les cadavres des animaux inoculés. Les injections et les inoculations des cultures ne donnèrent lieu qu'une seule fois au développement d'une véritable tumeur, qui présentait au microscope une infiltration cellulaire ressemblant à celle du néoplasme qui avait servi à obtenir la culture. Le bacille dont il s'agit diffère de celui de Scheurlen par ses caractères morphologiques et biologiques.

Des recherches bactériologiques ont été faites sur le tétanos par M. Lampiasi (de Trapani) qui a vu le microbe sous différentes formes suivant ses phases et suivant les milieux où il se développe ; mais, dans son complet développement, c'est un bacille spécifique, identique dans sa forme, soit chez l'homme, soit chez les animaux. Ce bacille est mis en évidence très facilement par la culture du sang des sujets atteints accidentellement ou artificiellement inoculés. Il produit le tétanos spontané de même que le tétanos expérimental, et il en est probablement ainsi pour le tétanos traumatique. Ce microbe n'est pas identique à celui qui a été décrit par Nicolaier et par Rosenbach.

M. Neri (de Rome) a recherché les microbes dans les salles d'hôpital ; ces microbes ne se trouvent pas dans les couches les plus inférieures de l'air, et ne commencent à apparaître qu'à la hauteur du malade couché ; leur nombre va toujours croissant jusqu'à la hauteur de 1 mètre 50. Ces recherches montrent qu'il faudrait changer le système de ventilation de ces salles, en dirigeant le courant d'air de bas en haut et non de haut en bas.

M. Ferrari a étudié le microbe du pus bleu non dans une forme innocente de suppuration, mais dans un cas d'infection septique, et, contrairement à l'opinion de beaucoup de bactériologistes qui pensent que le *bacillus pyocyanicus* ne provoque ni la mort ni même la suppuration chez les animaux, il a démontré que son injection dans le péritoine des lapins entraîne toujours la mort, soit par péritonite séro-hémorrhagique, séro-fibrineuse ou fibrineuse pure, quand la quantité injectée est considérable, soit par péritonite purulente en huit ou dix jours, quand cette quantité est minime. Mais M. Lampiasi déclare que les faits cliniques ne sont pas d'accord avec les expériences de M. Ferrari.

La désinfection des mains, si nécessaire en chirurgie antiseptique, comprend plusieurs points, d'après M. Mugnai (de Rome) ; il faut les laver pendant deux ou trois minutes avec la brosse, l'eau tiède et le savon au sublimé ; puis les plonger pendant deux

minutes dans une solution phéniquée à 2 p. 100. Lorsque les mains sont infectées par des autopsies, ces précautions ne sont pas encore suffisantes; après le lavage, il faut plonger les mains dans une solution de sublimé à 1 p. 1,000.

Les opérations sur l'abdomen ont fait l'objet de plusieurs communications.

M. Ceccherelli (de Parme) a pratiqué cinq fois la gastro-stomie : un des opérés est mort d'inanition, un autre a survécu douze jours, et trois vivent encore, quatre mois, six semaines et douze jours après l'opération. Chez les cancéreux, il conseille d'opérer alors que les aliments peuvent encore passer par l'œsophage, afin de pouvoir nourrir les sujets par cette voie pendant quelques jours après l'opération; on peut ainsi faire celle-ci en deux temps, et n'ouvrir l'estomac que trois ou quatre jours après sa suture à la plaie pariétale. Il faut inciser les téguments un peu plus haut qu'on ne le dit, à cause de la rétraction de l'estomac par le jeûne prolongé. Il fait deux couches de sutures : une entre le péritoine pariétal et la séreuse stomacale, l'autre entre les parois stomacale et abdominale.

M. Postempski (de Rome) a pratiqué la gastro-entérostomie pour un cancer inopérable du pylore chez une femme qui survécut six mois à cette opération et mourut de cachexie cancéreuse.

M. Bassini (de Padoue) a pratiqué la cure radicale avec succès dans 102 cas de hernie inguinale.

M. Martino a pratiqué la résection oblique de l'intestin gangrené dans une hernie inguinale et une hernie crurale; dans le premier cas, le malade mourut vingt-cinq jours après l'opération; dans le second, la guérison fut complète.

M. Trombetta (de Naples) fait la laparotomie avec succès dans deux cas d'intussusception chronique de l'intestin.

M. Postempski a pratiqué 16 fois la laparotomie dont 12 pour des tumeurs abdominales, avec 3 morts par péritonite septique et par shok et une récidive, et 4 pour plaies diverses de l'abdomen : déchirures multiples de l'intestin grêle sans lésions externes apparentes; dilacération d'une rate malarique par coup de pied de cheval; plaies pénétrantes par armes à feu, avec 3 morts et 1 guérison.

M. Postempski a pratiqué la néphrectomie pour un rein flottant ayant déterminé des symptômes hystéroïdes et des douleurs insupportables; la malade guérit de l'opération et des accidents qui l'avaient nécessitée. Le rein enlevé présentait une dégénérescence granuleuse de son épithélium.

M. Ruggi (de Bologne) donne les résultats de sa première centaine de laparotomies, qu'il divise en trois périodes, répondant aux trois modes de médications employés, à savoir : 1° sans moyens antiseptiques (de 1870 à 1877). 4 opérations, 3 morts, 75 p. 100; 2° avec l'acide phénique (pansement de Lister, de 1877 à 1885), 41 opérations, 10 morts, 33 p. 100; 3° avec le sublimé (1886-1888), 55 opérations, 2 morts, 4 p. 100. Les succès qu'il a obtenus depuis quelque temps dans l'extirpation des tumeurs solides de l'utérus sont dus au perfectionnement de la technique opératoire; dans 1 cas, il eut un insuccès par suite de l'usage d'un catgut non aseptique.

M. Bassini a enlevé une tumeur kystique siégant à gauche de l'ombilic depuis le rebord des fausses côtes jusqu'à la fosse iliaque, recouverte du mésentère et du feuillet pariétal postérieur du péritoine, et qu'il croit être un kyste d'un ovaire surnuméraire.

M. d'Antona a pratiqué la cholécystectomie pour hydropisie de la vésicule biliaire par occlusion du canal cystique par un cancer. Guérison de l'opération; mort et récidive trois mois et demi après. L'auteur pense que la cholécystectomie est préférable à la cholécystotomie dans les cas où une affection de la vésicule biliaire nécessite l'intervention chirurgicale.

M. d'Antona pense que la vésicule biliaire est un organe presque inutile; opinion contredite par M. Loréta, car après son ablation, ou chez les animaux qui en sont dépourvus, il se forme une ampoule dans le conduit cystique voisin du duodénum.

MM. Loreta et Ceccherelli sont partisans de la cholécystectomie.

M. Durante a pratiqué la laparotomie pour une tumeur kystique du rein (guérison), de la rate (mort), du grand épiploon (guérison).

M. Trombetta a trouvé chez un malade atteint d'obstruction intestinale et qui mourut

©BIU Santé

sans avoir été opéré, un kyste du mésentère gros comme une orange, fixé sur un long pédicule du mésentère à 20 ou 30 centimètres de la valvule iléo-cœcale et très mobile.

M. Marocco a extirpé deux fibroïdes de l'utérus. Il rapporte, en outre, un cas de tumeur kystique du vagin formée aux dépens d'un vestige du canal de Müller.

M. Pascale a recueilli 21 observations d'hydrothorax compliquant les tumeurs de l'ovaire, cas analogues à ceux de Potain, Terrier et Verneuil. D'après lui, les tumeurs de l'ovaire peuvent se compliquer d'hydrothorax dans environ 6 p. 100 des cas. Cet hydrothorax présente des caractères tout à fait spéciaux par lesquels il se distingue des épanchements pleurétiques inflammatoires, et, par suite, d'une reproduction secondaire de tumeurs; il trouve sa raison d'être dans les conditions mécaniques et chimiques, créées par le kyste ovarien.

Ces conditions permettent de poser les indications opératoires suivantes : 1° il est parfaitement inutile de recourir à la thoracentèse, même si l'hydrothorax est volumineux. Il vaut mieux, en cas de nécessité, faire la paracentèse ou même la simple ponction du kyste, qui suffisent pour amener une diminution de l'épanchement pleurétique et une amélioration dans les conditions locales de la respiration et de l'état général; — 2° l'opération radicale une fois faite, l'épanchement pleurétique disparait complètement de lui-même.

M. Durante est d'avis de vider l'hydrothorax partiellement (et non complètement) dans les cas seulement où l'épanchement est assez considérable pour devenir un obstacle à l'emploi du chloroforme dans l'ovariotomie.

M. Ceccherelli (de Parme) a fait avec succès l'extirpation complète de la parotide chez cinq malades dont quatre atteints d'épithélioma de la glande. En pareil cas, le plus souvent, l'épithélioma est d'abord préparotidien et n'envahit la glande que dans la suite. La parotide se laisse extirper complètement, si on prend soin de la poursuivre dans tous ses prolongements et surtout dans sa portion pharyngée. M. Ceccherelli n'est pas partisan de la ligature de la carotide externe. Pour éviter l'hémorrhagie, il suffit de lier les vaisseaux avant de les couper. M. Ceccherelli ne croit pas opportun de se servir du galvano-cautère, proposé par M. Corradi comme instrument de diérèse.

M. d'Antona, dans un cas d'anévrysme artério-veineux des régions parotidienne et massétérine, consécutif à une plaie par instrument piquant, pratiqua avec succès la ligature de la carotide externe au-dessus et au-dessous de la tumeur, ainsi que des branches collatérales.

Mazzoni, en 1873, avait pratiqué également les deux ligatures pour un anévrysme semblable; malheureusement l'un des fils céda au quinzième jour et le malade mourut.

MM. Radice et Salviati ont réussi à supprimer chez le cheval et le mouton une des jugulaires internes. Ils espèrent, à l'aide d'un procédé analogue, parvenir à soustraire le foie à la circulation porte et à le placer dans le courant de la circulation générale; on pourrait ainsi mieux étudier la physiologie et la pathologie de cet organe.

M. Ruggi a relaté deux cas qui prouvent en faveur de l'intervention chirurgicale dans les lésions du crâne et du rachis suivies d'accidents secondaires.

Premier cas. — Un paysan de 29 ans reçut, dans la région pariétale gauche, un coup de fourche, dont une dent resta implantée dans la région indiquée. Paralysie subite du membre supérieur droit. Le blessé put extraire lui-même la dent enclavée, mais les fonctions du membre paralysé ne se rétablirent pas. Quelques jours après l'accident, on constate, à l'endroit de la blessure, un peu de tuméfaction et une solution de continuité déjà cicatrisée. Sauf la paralysie, il n'existait aucun symptôme de nature à faire supposer une collection purulente. Mais, la nuit suivante, le malade eut douze accès épileptiformes. M. Ruggi pratiqua la trépanation, en enlevant une rondelle d'os assez grande pour permettre l'introduction de l'index. Du sang mêlé à du pus s'écoula de l'ouverture. La dure-mère était perforée par un fragment de la table interne, implanté dans le cerveau. Extraction de ce fragment; pansement antiseptique; guérison apyrétique de la plaie. Les accès épileptiformes se répétèrent quelque temps encore, puis disparurent complètement.

Deuxième cas. — Le malade était guéri depuis un an d'une vaste ulcération sur le dos, provenant d'un abcès par congestion. Quelque temps après, une fièvre vespérale

s'établit. Amaigrissement considérable. Déviation de la colonne vertébrale. Diagnostic : abcès prévertébral.

Opération : incision entre la neuvième et la dixième côte; résection de la côte et de l'apophyse transverse de la vertèbre; introduction du doigt jusqu'à la colonne vertébrale; issue de pus et d'un petit fragment osseux; désinfection, drainage. Guérison en deux mois. Trois mois se sont passés depuis l'opération, et le malade se porte parfaitement bien.

Dans les arthrectomies et les résections du genou, M. Lampiasi préconise l'incision verticale rectiligne médiane avec division de la rotule en deux moitiés égales. Cette opération, employée déjà par Giacomi, Allington et Ollier, présente les avantages de pouvoir découvrir et explorer librement les culs-de-sacs synoviaux supérieurs et latéraux (qu'on est si souvent obligé d'extirper), de respecter les adhérences du tendon rotulien, de ne pas léser de muscles et de laisser intacts tous les moyens de protection et toutes les forces musculaires de l'articulation. On peut, dans certains cas, combiner cette opération avec la résection cunéiforme.

M. Trombetta et Caulli, qui préfèrent l'opération de Gritti à la désarticulation du genou, donnent quelques cas de résultats éloignés de cette opération, qui sont excellents. MM. d'Ambrosio et Potempski l'ont aussi employée avec succès dans plusieurs cas; ce dernier cloue la rotule sur la surface de section du fémur après avoir réséqué le tendon du quadriceps.

M. Caselli (de Gênes) emploie la suture métallique à fils perdus dans les fractures non consolidées de la rotule, du fémur et de l'humérus, et pour la suture de l'olécrâne. Ce procédé peut encore servir dans les résections complètes du genou pour obtenir une réunion osseuse et prévenir les pseudarthroses. On passe à travers les fragments une anse de fil d'argent de gros calibre; les bouts du fils sont tordus au moyen d'une pince jusqu'à l'adossement complet des fragments et logés dans une petite excavation pratiquée dans l'os. On peut ainsi commencer plus tôt les mouvements qui ont pour but de prévenir la rigidité musculaire et l'atrophie musculaire consécutive.

M. Postempski a appliqué avec succès ce procédé dans 13 cas; le cal est plus petit et plus régulier que dans les autres modes de traitement.

Dans un cas de pseudarthrose du fémur, M. Ruggi a vu la suppuration survenir autour du fil métallique; on dut recommencer l'opération.

Dans les fractures anciennes de la rotule, MM. d'Antona, Bassini, Paci, Postempski, pratiquent la suture de la rotule par divers procédés, avec section du tendon du quadriceps et avivement des surfaces osseuses. M. Vecelli va même jusqu'à faire la même chose pour les fractures récentes, mais M. Postempski préfère employer les griffes de Malgaigne, et M. d'Antona craint de blesser la synoviale en pratiquant dans les fractures récentes la ténotomie et la myotomie.

M. d'Ambrosio dit avoir obtenu de bons résultats avec l'ostéoclaste de Robin dans un grand nombre de cas de *genu valgum* et *varum*. Il préèfre l'ostéoclasie à l'ostéotomie, contrairement à MM. Durante, Bassini, Bottini, d'Antona.

M. Cosma présente et décrit un nouvel ostéoclaste de son invention.

Enfin, M. Paci a fait une communication sur la cure rationnelle de la luxation iliaque congénitale du fémur, et M. Cozzolino sur les perforations de l'apophyse mastoïde pratiquées à la clinique de Naples pendant les années 1886-1888.

Le prochain Congrès des chirurgiens italiens aura lieu à Bologne en 1889, sous la présidence du professeur Loreta.

De quelques nouvelles médications.

MIXTURE POUR LE TRAITEMENT TOPIQUE DES VARICES, par le docteur ROBERT.

Ce topique a pour formule :

Rec. Chlorure de sodium..... 1 gramme.

Faire dissoudre dans :

Eau distillée ..... q. s.

©BIU Santé

Agiter et ajouter à la solution :

Lanoline	15	grammes.
Huile d'olive	5	—

Mêlez. — Pour l'usage externe. Enduire trois fois par jour la région des veines variqueuses avec cette mixture.

(*Intern. klin. Rundschau*, 87, et *Revue de thérap. générale et thermale*, 1888.)

L'iodure d'argent a l'état naissant dans le traitement des catarrhes de la conjonctive, par le docteur Grasselli.

L'iodure d'argent s'est montré d'une efficacité surprenante contre les catarrhes de la conjonctive aigus, subaigus et chroniques, et pour diminuer l'état aigu des conjonctivites granuleuses et du trachome, avec ou sans pannus.

L'auteur déclare ne pas pouvoir suivre M. Warlomont lorsqu'il conseille de se servir de ce même médicament contre la conjonctivite granuleuse.

Les formules sont les suivantes :

Nitrate d'argent cristallisé	3 gr. 56	centigr.
Eau distillée	3 gr. 50	—
Glycérine pure	6 gr. 50	—

Flacon noir bouché à l'émeri.

Iodure de potassium	3 gr. 32	centigr.
Eau distillée	3 gr. 60	—
Glycérine pure	6 gr. 50	—

Flacon blanc.

On mélange dans un verre de montre deux gouttes du flacon noir avec trois du flacon blanc, et on passe avec un pinceau le produit ainsi formé sur les paupières renversées.

(*Recueil d'ophthalmologie*, 1888, 2.)

Sur le traitemert de la gonorrhée, par le docteur Jones.

Contre la blennorrhagie aiguë, M. Jones recommande d'employer des injections uréthrales de la solution suivante :

Extrait d'opium	1 gr. 2	centigr.
Glycérine	30	grammes.
Sulfate de zinc	0 gr. 4	centigr.
Eau distillée	120	grammes.

Mêlez. — Une injection toutes les trois heures.

Comme boisson diurétique, on prescrira la mixture suivante dont l'usage devra être continué aussi longtemps que les urines présenteront une réaction acide bien prononcée :

Acétate de potasse	15	grammes.
Alcoolat d'éther nitrique	15	—
Eau camphrée	180	—

Mêlez. — A prendre une cuillerée à bouche toutes les heures.

Quand on se propose d'accroître l'élimination des principes solides en suspension dans les urines, le meilleur diurétique à employer, suivant M. Jones, est la belladone.

Lorsque la blennorrhagie se complique d'albuminurie, on prescrira la pilocarpine ou l'élatérium.

Une fois passé le stade aigu, M. Jones prescrit le baume de copahu à dose assez forte, sous forme d'une mixture connue en Amérique sous le nom de mixture Lafayette et dont voici la formule :

Baume de copahu	30	parties.
Liq. d'acétate de potasse	6	—
Alcoolat de lavande	60	—
Alcoolat d'éther nitrique	38	—
Sirop d'acacia	120	—

Mêlez. — A prendre la valeur d'une cuillerée à bouche toutes les six heures.

Enfin, quand la blennorrhagie se complique d'une cystite, M. Jones a recours à des injections vésicales faites avec la solution suivante :

Acide phénique	5 gouttes.
Extrait de pin du Canada	1 gr. 5 centigr.
Glycérine	15 grammes.
Eau distillée	45 —

Mêlez. — Faire tous les jours une injection vésicale avec une partie de cette solution étendue dans soixante parties d'eau. (*Rev. de thér. gén. et therm.*, 1888, 13.) — P. C.

BIBLIOTHÈQUE

La fièvre typhoïde a Constantinople, par le docteur C. Stekoulis. Constantinople, Pallamary, 1887.

Dans cette intéressante étude, notre confrère montre que, habituellement, la dothiénenthérie est peu grave à Constantinople, malgré les détestables conditions hygiéniques de la ville. Sa mortalité n'a pas dépassé 5 p. 100. La maladie ressemble presque toujours à la fièvre typhoïde classique. Parmi les complications, il relève surtout un cas d'aphasie et quelques cas de thrombose.

Le traitement employé a toujours été mixte, et il a réservé les bains froids aux formes graves. — P. C.

De la rhino-bronchite annuelle ou asthme d'été, par le docteur E. Leflaive. Paris, Steinheil, 1887.

Cette étude d'ensemble est la première qui ait été publiée en France sur une maladie rare et peu connue dans nos pays.

D'après la définition de l'auteur, l'asthme d'été se caractérise par son retour annuel à la fin de mai et sa durée jusqu'au commencement de juillet, dans la plupart des cas. Il est distinct de divers accidents de coryza et de dyspnée qui, sous l'influence de causes variées (polypes, odeurs, poussières, etc.), peuvent survenir d'une manière passagère et irrégulière.

Il y a deux formes principales : une oculo-nasale, et une oculo-naso-thoracique. C'est dans cette dernière seulement qu'existe une dyspnée à forme asthmatique, à exacerbations vespérales et nocturnes. Presque toujours, la fièvre est nulle.

La maladie survient presque toujours chez des sujets arthritiques par hérédité et apparaît pour la première fois, généralement, de 15 à 30 ans.

L'hydrothérapie, les eaux minérales jointes à une hygiène appropriée, sont les moyens les plus efficaces de traitement. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

L'eczéma impétigineux de la face et du cuir chevelu chez l'enfant, par le docteur G. Baumel. (*Montpellier Médical*, janvier 1888.) — Voici les conclusions de cet important mémoire :

1° L'observation publiée m'amène à considérer l'eczéma de la face et du cuir chevelu, chez l'enfant, comme un phénomène ou accident de dentition.

2° Cet accident est développé sous l'influence de l'excitation (sécrétoire ou trophique) du trijumeau résultant de l'évolution dentaire elle-même, chez tout enfant atteint de pléthore lymphatique, état qui constitue l'unique et la plus évidente prédisposition à la maladie.

3° Il découle naturellement de cette idée pathogénique cette double conclusion pratique de premier ordre :

©BIU Santé

A l'état de santé, surveiller le régime de l'enfant eczémateux;

A l'état de maladie (aiguë ou chronique), ne pas se préoccuper de la prétendue métastase. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1888. — Présidence de M. Hérard.

CORRESPONDANCE OFFICIELLE.

M. le ministre de l'instruction publique transmet l'ampliation d'un arrêté par leque M. Hervieux est nommé directeur de la vaccine, en remplacement de M. Blot, décédé.

Le même ministre transmet l'ampliation d'un décret qui autorise l'Académie à accep ter le legs qui lui a été fait par Mme veuve Laborie (140,000 francs).

La correspondance non officielle comprend :

1° Des lettres de candidature de M. Dieulafoy, professeur de pathologie médicale à la Faculté, pour la section de pathologie médicale, et de M. Delpeuch, pharmacien de 1re classe, pour la section de pharmacie;

2° Une lettre de M. le docteur Mauricet (de Vannes), correspondant, accompagnant l'envoi de plusieurs exemplaires de son travail sur les épidémies de maladies fibriles dans le département du Morbihan, de 1792 à 1851 (Comm. des épidémies);

3° Une note de M. le docteur Mouton, médecin-major de 1re classe, sur une variété anormale d'éruption vaccinale observée à la suite de l'inoculation par scarification, du vaccin de génisse.

M. le Secrétaire perpétuel offre en hommage, au nom de M. Bouchardat fils, la 27e édition du *Formulaire magistral* de M. Bouchardat père.

M. Leloir (de Lille) présente, de la part de M. le docteur Testu, sa thèse inaugurale intitulée : *Des érythèmes polymorphes et des nodosités pseudo-rhumatismales éphémères chez les syphilitiques.*

M. J. Rochard présente, de la part de M. le docteur Aubert, médecin-major de 1re classe, un travail manuscrit intitulé : *Compte rendu des vaccinations et des revaccinations pratiquées au 23e régiment d'infanterie.*

M. Luys présente, de la part de M. le docteur Moricourt, un opuscule sur la métalloscopie et la métallothérapie.

M. Alphonse Guérin présente, de la part de M. le docteur Kirmisson, deux brochures : 1° *Voyage chirurgical à Vienne, Pest et Munich;* 2° *Relation d'un voyage chirurgical à Londres.*

M. Dujardin-Beaumetz offre en hommage un volume intitulé : *L'hygiène thérapeutique.* Gymnastique, massage, hydrothérapie, aérothérapie, climatothérapie.

— M. le docteur Larat lit un travail intitulé : *De la polarisation des tissus animaux.* Ce travail est renvoyé à l'examen d'une commission.

— M. le docteur Landolt lit un travail intitulé : *Des réformes à apporter dans le traitement du strabisme.*

— M. le Président annonce que mardi prochain, à quatre heures et demie, l'Académie se réunira en comité secret pour entendre la lecture du rapport sur les candidats au titre de correspondant national.

— M. Potain communique un travail sous le titre suivant : *Des injections intra-pleurales d'air stérilisé dans le traitement des épanchements pleuraux consécutifs au pneumothorax*, et présente un malade traité avec succès par ce moyen. M. Potain met en outre sous les yeux de ses collègues un appareil destiné à ces injections.

Le malade présenté par M. Potain entra dans son servive, il y a dix mois, avec un pneumothorax et des lésions tuberculeuses arrivées au troisième degré dans le sommet du poumon droit. Cet homme est aujourd'hui complètement guéri de son pneumothorax, qui n'a laissé aucune trace appréciable, et de sa tuberculose autant au moins que les moyens d'exploration dont nous disposons peuvent permettre de le présumer. « Je me suis servi, dit M. Potain, pour le traitement de ce malade d'une méthode non usitée jusqu'ici et qui a consisté en des *injections d'air stérilisé* dans la plèvre.

M. Potain relate ensuite l'observation de deux autres malades qu'il a traités par la même méthode avec un égal succès.

A la fin de la séance, M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL donne lecture d'une lettre par laquelle M. le docteur Bertrand, professeur d'hygiène à l'Ecole de médecine navale de Toulon, demande l'ouverture d'un pli cacheté adressé par lui dans le courant de l'année dernière. Ce pli cacheté est relatif à l'étiologie de la dysenterie aiguë. L'auteur, qui a examiné au microscope les liquides de la dysenterie et a cultivé les microbes contenus dans ces liquides, pense qu'aucun de ces microbes ne peut être considéré comme étant de nature spécifique et véritablement pathogène.

— A quatre heures et demie, l'Académie se réunit en comité secret pour entendre le rapport de M. Albert Robin sur les candidats pour la section de physique et de chimie médicales.

La commission propose : en première ligne, M. d'Arsonval; en deuxième ligne, M. Riban; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Hanriot, Hardy, Pouchet, Quinquaud.

FORMULAIRE

PILULES LITHINÉES CONTRE LE DIABÈTE. — P. Vigier.

Carbonate de lithine.....	0 gr. 10 centigr.
Arséniate de soude..... ..	0 gr. 003 milligram.
Extrait de gentiane.....	0 gr. 05 centigram.

F. s. a. Une pilule. — En prendre une, matin et soir, dans le cas de diabète, et en continuer l'usage même après que le sucre a disparu des urines. — N. G.

COURRIER

Le concours pour la nomination à une place de pharmacien des hôpitaux civils de Paris s'est terminé le samedi 21 avril par la nomination de M. Héret.

— L'Association des médecins de la Seine, fondée par Orfila en 1833 pour venir en aide aux membres malheureux de la profession médicale, a tenu dimanche dernier, à deux heures, sa cinquante-cinquième assemblée annuelle, sous la présidence de M. Brouardel. La réunion a eu lieu, comme de coutume, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine. Après une allocution très applaudie du président, M. Henri Barth, secrétaire général adjoint, a donné lecture du compte rendu du dernier exercice. Les recettes de l'année ont atteint le chiffre de 67,640 francs, dont 17,902 fournis par les cotisations, 18,400 environ par les dons et legs, et le reste par le revenu des fonds placés. Avec ces ressources l'Association a secouru trois sociétaires, cinquante-cinq veuves ou familles de sociétaires, enfin vingt-deux autres personnes appartenant au corps médical de Paris et du département. Les secours distribués se sont élevés à près de 40,000 francs, dépassant de 20 pour 100 la moyenne des cinq dernières années. Une somme de 23,950 francs a été portée au fonds de réserve. L'avoir total de l'Association dépasse actuellement un million : les sociétaires sont au nombre de huit cent cinquante. — A la fin de la séance ont eu lieu les élections du bureau ; ont été réélus : président, M. Brouardel ; vice-présidents, MM. Blanche et Guyon.

©BIU Santé

Caisse des pensions de retraite du corps médical français. — L'assemblée annuelle de la Caisse des pensions de retraite du corps médical français a eu lieu le dimanche 8 avril, au siège social, 22, place Saint-Georges, sous la présidence de M. Dujardin-Beaumetz.

Après le rapport du secrétaire général, M. Lande, sur la situation morale de l'Association, le trésorier, M. Verdalle, a fait connaître l'état financier de la Caisse, dont le Comité des censeurs avait la veille examiné et vérifié, pièces en mains, tous les comptes, et dont les chiffres suivants sont l'exacte et éloquente expression :

Recettes.

Cotisations	153.773 60
Dons à la Caisse des pensions	2.300 »
Dons à la Caisse auxiliaire	650 »
Profits et pertes	382 03
Intérêts des valeurs	11.483 75
Total	168.589 38

Emplois.

Portefeuille	158.221 75
Frais généraux	5.315 18
Reste en caisse au 6 avril 1888	5.052 45
Total	168.589 38

L'encaisse était l'année dernière, au 6 avril, de 128,955 fr. 46. Les encaissements de cette année se sont élevés à 39,633 fr. 92. L'avoir total est donc cette année de 168,589 fr. 38.

Cette année, la Caisse a acheté 1,200 fr. de rente 3 0/0 amortissable, moyennant le prix de 34,319 fr. 05 (titre nominatif au nom de la Caisse des pensions).

Le portefeuille se compose aujourd'hui de 29 obligations du Midi, 3,000 fr. de rente amortissable, 50 obligations foncières 1883, 50 obligations communales 1882, 50 obligations Orléans, etc.

Ainsi la fortune de la Caisse des pensions de retraite s'accroît régulièrement chaque année de la quantité prévue par ses fondateurs, et, comme il n'y a pas de raison pour que ces prévisions cessent de se réaliser, on peut affirmer en toute sûreté qu'à la fin de la période décennale, la Caisse, riche de 4 à 500,000 francs de capital, ou de 15 à 20,000 francs de revenus, sera en mesure de remplir toutes ses obligations. Le problème, longtemps discuté, est donc résolu et les sceptiques doivent rendre les armes. S'il s'en rencontre encore, tous les doutes se dissiperont devant le fonctionnement régulier de l'Œuvre, appelée certainement à occuper le premier rang, à côté de l'Association générale, parmi nos institutions professionnelles de prévoyance. Elle mérite dès à présent toutes les sympathies et toute la confiance des médecins qui, obéissant au désir légitime d'assurer la tranquillité de leurs vieux jours, veulent en même temps s'associer à une pensée éminemment confraternelle.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baux (de Commercy) et Devade (de Gien).

Société de médecine de Paris. — Séance du 28 avril 1888. — *Ordre du jour :* 1. MM. Dubrisay et Richelot : Rapports de candidature. — 2. M. de Ranse : Note sur les tics convulsifs en particulier sur le paramyoclonus multiple. 3. M. Duroziez : Cyanose. 4. M. Larroque : Hystérie et syphilis.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte**. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Accidents survenus en Allemagne à la suite de vaccinations à l'aide de la lymphe animale. — III Bibliothèque : Mes fouilles dans le sol du vieux Paris. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Thèses de doctorat. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Feuilleton : Les religions actuelles, leurs doctrines, leur évolution, leur histoire.

BULLETIN

La remarquable communication de M. le professeur Potain, à l'Académie de médecine, dont on a pu lire le résumé dans le précédent numéro de notre journal, est la constatation d'un nouveau triomphe des doctrines pastoriennes appliquées à la cure des maladies humaines.

Les résultats obtenus par M. Potain sur trois malades atteints de pneumothorax et de tuberculose, au moyen d'injections d'air stérilisé dans la cavité pleurale, montrent non seulement tout ce qu'on peut attendre d'une antisepsie rigoureuse dans la pleurotomie, mais ouvrent encore des horizons nouveaux dans le traitement du pneumothorax et, ce qui est beaucoup plus important, dans celui de la tuberculose pulmonaire. Si les tuberculoses peuvent guérir dans les cas de pneumothorax, peut-être n'est-ce pas seulement, comme on l'a admis jusqu'ici, parce que le poumon est immobilisé dans un équilibre parfait de la pression intra-pleurale et de la pression atmosphérique, mais parce que les microbes sont dans un milieu impropre à leur prolifération. L'injection d'air stérilisé remplit d'autant mieux les conditions nécessaires à la mort des microbes, qu'elle s'oppose, en outre,

FEUILLETON

Bibliothèque anthropologique. — LES RELIGIONS ACTUELLES, *leurs doctrines, leur évolution, leur histoire*, par Julien Vinson, professeur à l'Ecole nationale et spéciale des langues orientales vivantes, membre du Comité central de la Société d'anthropologie.

Ce volume est le cinquième de la Bibliothèque anthropologique; il a pour cachet une érudition immense et une étude approfondie de la matière traitée.

Si l'on nous demande à quel titre ce livre se recommande aux lecteurs de l'*Union médicale*, qui sont presque tous des médecins praticiens, nous ferons remarquer qu'il est une émanation de l'anthropologie, et que l'anthropologie est une des branches les plus importantes, sinon la plus importante, des sciences médicales. D'ailleurs, pour nous, le corps médical, envisagé dans son ensemble, est le seul détenteur compétent de la philosophie; or, les études de M. J. Vinson appartiennent en plein au domaine de la psychologie physiologique, qui est aujourd'hui un chapitre hautement intéressant de la philosophie. Suivant l'auteur, on doit traiter les religions comme des faits anthropologiques, et, en conséquence, les soumettre « à la méthode hardie et féconde de l'observation et de l'expérience. »

Né et élevé à Pondichéry, la vue de grandes colonnes monolithes de granit, décorées de sculptures représentant des divinités hindoues, et découvertes aux environs de cette

©BIU Santé

aux irritations que pourrait déterminer la présence d'agents septiques dans la plèvre. Mais nous ne voulons pas augmenter le nombre de ces médecins chez qui « les doctrines pastoriennes ont fait naître des illusions destinées à s'évanouir avec le temps »; contentons-nous d'enregistrer les faits « dans lesquels ces doctrines fournissent à la pratique d'inappréciables indications et qui font que, à tout jamais, M. Pasteur devra être tenu pour un des bienfaiteurs de l'humanité », surtout quand il aura pour adeptes des hommes d'une valeur clinique semblable à celle de M. le professeur Potain.

Cette glorification des doctrines pastoriennes vient d'autant plus à propos qu'elle semble répondre à une manifestation dans un sens tout à fait opposé, qui eut lieu dimanche dernier à Lyon. Il existe dans cette ville, comme dans quelques autres, une ligue antivivisectionniste qui avait organisé ce jour-là une conférence où devaient être défendues des idées hostiles à M. Pasteur. Cette conférence a rencontré une vive opposition parmi les étudiants de Lyon, plus en mesure probablement de bien apprécier les doctrines pastoriennes que les membres de la ligue. Ils ont adressé à M. Pasteur le télégramme suivant :

« Les étudiants lyonnais, heureux d'affirmer leur attachement à leur illustre et patriotique maître, injurié et insulté par la ligue antivivisectionniste, se sont réunis en assemblée et lui envoient l'expression de leur admiration et de leur respect. »

M. Pasteur a répondu par ce télégramme : « M. Pasteur remercie cordialement de leur télégramme les étudiants de l'Université lyonnaise et les félicite de juger à sa valeur le ridicule de la ligue antivivisectionniste. »

A l'Académie de médecine, M. Landolt a attiré l'attention sur l'importance du traitement orthoptique avant et après les sections musculaires dans la cure du strabisme; M. Lara a lu un travail sur les courants de polarisation, et M. Bergeron un pli cacheté déposé par M. Bertrand, professeur à l'Ecole de médecine navale de Toulon, sur des recherches relatives à la dysenterie aiguë. — A l'Académie des sciences, M. Bouchard a présenté

---

ville, n'a pas peu contribué propablement à porter son intelligence vers les recherches auxquelles nous devons le livre *des Religions*. On voit naître et grandir sa vocation, qui a été féconde : « ..... Je commençai sérieusement, dit-il, l'étude du Tamoul. Je ne fis pas de grands progrès avec mon premier maître. C'est seulement avec le dernier, Aiyâsâmi, que je fus, quatre ans plus tard, à Karikal, initié à la sagesse des vieux Hindous. Quoique chrétien, Aiyâsâmi ne craignit pas de me faire traduire le Râmâyana et les Kur'al de Tiruvalluna, et de m'enseigner chemin faisant les antiques légendes et les hauts faits des dieux du pays. J'appris ainsi à comprendre les sculptures des monolithes que nous méprisions jadis; à ne m'étonner d'aucune extravagance mystique; enfin à respecter toutes les religions comme des produits spontanés de l'esprit humain dans son évolution constante, mais à les condamner toutes comme prétendant, une fois nées, faire désormais obstacle à cette même évolution. »

Si nous avons transcrit les lignes remarquables qui précèdent, c'est pour faire voir que l'auteur a eu le mérite d'aller chercher à leurs sources mêmes les éléments de son travail, et pour faire comprendre jusqu'à quel point il a droit à toute notre confiance. « ... Il adresse son volume surtout aux gens du monde, de bonne foi, libres d'esprit, curieux de s'instruire, qui n'ont pas le loisir de faire de longues recherches, et a voulu leur présenter un résumé impartial et fidèle, aussi complet que possible, de tous les systèmes religieux qui se rencontrent encore aujourd'hui sur la surface du globe. »

Une introduction intéressante précède l'exposé général qui constitue le fond de l'œuvre. Nous y lisons avec plaisir de nombreux extraits des poètes latins, Lucrèce,

une note de M. Boucheron sur le traitement de la surdité otopiésique par la mobilisation de l'étrier, et MM. Hénocque et G. Baudoin un travail relatif aux variations de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction dans la fièvre typhoïde. — L.-H. P.

Accidents survenus en Allemagne à la suite de vaccinations à l'aide de la lymphe animale.

Nous trouvons dans les publications officielles du Comité d'hygiène de Berlin (1) un fort intéressant rapport sur un nombre considérable d'accidents cutanés, d'éruptions contagieuses (dont quelques-unes suivies de morts) et déterminées par les inoculations vaccinales faites à l'aide de la lymphe animale.

Vu son importance et en raison de l'intérêt attaché à la question de la vaccination animale encore à l'étude, nous croyons devoir traduire ici la plus grande partie de ce document, malgré sa longueur.

Les rapports médicaux de Glogau attiraient l'attention sur l'apparition d'éruptions cutanées survenues à la suite d'inoculations vaccinales faites à l'aide de la lymphe fournie par l'établissement du docteur Protze, à Eberfeld. Le gouvernement royal, à Dusseldorf, ordonna une enquête à ce sujet. Il fut établi qu'à Eberfeld s'étaient montrés des accidents analogues et, dès lors, les vaccinations furent suspendues.

Les docteurs Feldmann et Kusme, médecins en chef de l'hôpital, déclarèrent, après examen, que les procédés de vaccination employés avaient été réguliers et, un autre rapport de M. Jansen, vétérinaire de première classe, chargé de visiter les génisses productrices de la lymphe, établit que lesdites génisses ont été soumises, avant comme après les vaccinations, aux visites prescrites ; qu'en outre propreté des écuries, désinfection des locaux, litière, etc., rien ne laissait à désirer.

Sur ces entrefaites, on apprit que dans plusieurs localités du cercle de Schlaive, où avait eu lieu la vaccination publique à l'aide de la lymphe provenant de l'Institut Protze (le 26 juin), plusieurs vaccinés et revaccinés furent atteints des éruptions dont il est fait mention plus haut et sur la description desquelles il y aura lieu de s'étendre. L'affection cutanée s'était communiquée à plusieurs personnes non vaccinées. Des rap-

(1) *Veræffentlichungen des Kaiserlichen Gesundheitsamts* 1888, n° 3.

Juvénal, Horace, Pétrone, Lucain, etc.; il est curieux de voir que les doctrines de ces intelligences d'un autre âge sur l'*homme primitif* se trouvent en harmonie avec les doctrines modernes : « Les découvertes de la paléontologie ont porté un coup fatal aux théories théologiques qui faisaient de l'homme un être dégénéré; elles ont montré l'exactitude des tableaux qu'ont tracés les vieux poètes. »

Après avoir fait parler les poètes philosophes de l'antiquité, l'auteur, comme s'il avait eu la pensée de préparer le lecteur aux descriptions savantes, ardues, dont son beau livre est plein, a donné cours à des généralités sur des sujets divers, mais qui s'enchaînent ; sur les religions sans Dieu, telles que le bouddhisme, les vieilles religions de la Chine et du Japon; sur l'esprit étroit et absolu des Sémites, qui n'ont compris Dieu que comme une image fidèle de l'homme; sur le mazdéisme, le confucianisme, le christianisme, le jésuitisme, l'intolérance, la folie religieuse, les pieuses indécences, le fanatisme; et il a terminé cette introduction par des considérations de haute philosophie sociale pratique.

L'auteur a résumé en neuf chapitres toute l'histoire religieuse de l'humanité. Il a dû commencer par indiquer et décrire les peuples qui n'ont ni culte, ni dieu, ni morale. Ces peuples sont beaucoup plus nombreux qu'on ne s'en doutait avant les découvertes des voyageurs modernes. « Non seulement ils ne connaissent aucun dieu et n'ont aucune idée de quelque chose de surnaturel et d'extérieur au monde visible, mais même la plupart sont absolument réfractaires à toute conception religieuse. » Le récit des tentatives inutiles faites pour les éclairer sur ce sujet, qu'ils ne comprennent point, est fort

©BIU Santé

ports semblables venant de plusieurs autres régions s'accordaient tous à attribuer à la lymphe de l'Institut Protze la cause des affections cutanées.

L'extension et les caractères de la maladie différant quelque peu, il convient d'étudier les cas suivant les régions où ils se sont produits.

I. A Demmin, où furent pratiquées les premières vaccinations, vers la fin d'avril, rien d'anormal ne se produisit chez les premiers enfants vaccinés, mais un grand nombre des enfants inoculés avec la lymphe prise sur ces premiers vaccinifères furent atteints d'impetigo contagiosa. Il faut noter cependant cette exception qu'un seul vaccinifère ne communiqua aux autres enfants aucune affection.

II. Dans le cercle de Schlaive, les vaccinations eurent lieu le 24 juin 1886. Quatre jours après, les vaccinifères et plusieurs autres enfants furent atteints d'une éruption se développant lentement, s'étendant à tout le bras et présentant les caractères du pemphigus ou de l'urticaire (Quaddel auschlag) de l'impétigo ou même de l'herpès.

Au commencement de juillet, tandis que les régions primitivement atteintes guérissaient en se couvrant de cicatrices cuivrées sans perte de substance, l'éruption impétigineuse s'épanouit sur le dos de presque tous les enfants. A Prantzen, dans deux familles, elle se communiqua à des personnes n'ayant pas été vaccinées. Tous les membres d'une de ces deux familles eurent plus ou moins à souffrir de l'affection qui se déclara neuf jours environ après la vaccination d'un des enfants.

La maladie ne revêtit aucun caractère d'une grande gravité. Tous les enfants, cependant, furent en proie, au début du mal, à de l'inappétence, aux insomnies, à la fièvre ; après la disparition de l'exaspération fébrile, les petits malades restaient agités, inquiétés par des démangeaisons pénibles. Les adultes se plaignaient d'un prurit brûlant affectant les régions envahies.

Le médecin d'arrondissement du cercle de Schlaive émit cet avis que la maladie en cause est identique à celle constatée en 1885 à l'île de Rügen, et à une autre affection cutanée rebelle, observée à Sydow, à la suite des vaccinations. Nous aurons à revenir sur cette question lors de la publication prochaine des travaux de l'Office sanitaire de l'Empire sur les résultats des vaccinations en 1885.

Bien que l'affection qui nous occupe n'eût pas pris de caractères fort alarmants, le gouvernement ordonna une enquête immédiate à l'effet de rechercher si les vaccinations avaient eu les mêmes suites fâcheuses dans d'autres localités du cercle de Schlaive. Avant que cette enquête fût terminée, les rapports annonçaient que les éruptions

---

curieux. On serait tenté d'admettre que ces peuplades constituent une *espèce* distincte — inférieure, bien entendu — dans le *genre* humain. Voici, par exemple, tout ce qu'a pu obtenir d'un guerrier de la côte de Guinée l'éloquence d'un missionnaire anglican : « Supposé Dieu fût ici, je le tuerais ! » — « . . . et pourquoi ? » — « Parce qu'il fait mourir les hommes. » Le docteur Laing nous dit : « Ils n'ont rien qui, sous une apparence religieuse, puisse les distinguer de la brute. »

Le fétichisme et l'animisme des sauvages méritaient d'occuper une grande place dans le livre de M. J. Vinson. Peut-on considérer le fétichisme comme une religion, ou comme une ébauche de religion, comme un pas dans les idées religieuses? Toutes les fois qu'on étudie l'homme, pour peu qu'il possède des idées, on trouve le fétichisme avec lui. Jusqu'à nos jours, le fétichisme règne dans presque tous les rangs humains, même les plus civilisés. Nous ne chercherons pas ici à pénétrer dans un sujet si vaste, nous nous bornerons à citer le fait suivant, parce que c'est encore une étude humaine. Dans son résumé des relations de voyages en Afrique, Dufay (1825) parle en ces termes de la religion de Juida : « Le serpent fétiche préside au commerce, à la guerre, à l'agriculture, aux maladies, à la stérilité, etc. On a établi des prêtres et des prêtresses pour le servir, et tous les ans on choisit quelques belles filles qui lui sont consacrées. Ces jeunes filles sont traitées d'abord avec douceur dans leur cloître; on leur fait apprendre les danses et les chants sacrés qui servent au culte du serpent; mais la dernière partie de ce noviciat est sanglante. Elle consiste à leur imprimer dans toutes les parties du corps, avec des pointes de fer, des figures de fleurs, d'animaux et surtout de

contagieuses s'étaient produites en maints endroits et que dans deux communes elles avaient causé la mort de quatre enfants.

Le gouvernement délégua alors son conseiller médical qui se rendit sur les lieux, étudia l'épidémie et fit le rapport suivant :

Le 20 juin 1887 eut lieu à Erangen la vaccination de 20 jeunes enfants et la revaccination de 15 garçons plus âgés, inoculés avec la lymphe animale de l'Institut Protze, à laquelle on avait ajouté de la glycérine très pure. Dans la majorité des cas, se développait (au rapport des parents), deux jours après l'inoculation, au niveau de chaque pipûre, une petite vésicule remplie d'une sérosité claire. La vésicule ne tarda pas à grossir et à se confondre avec celle qui était née sur la piqûre voisine, puis elle se rompit bientôt en laissant échapper son contenu, de sorte qu'au septième jour (jour de la revision par le médecin chargé des vaccinations), au lieu de pustules isolées, on ne voyait sur le bras qu'une surface excoriée, humide, entourée d'une zone rouge. Aucun symptôme général n'a été constaté pendant cette période. Plus tard, la dessication se fit, laissant après elle, non une cicatrice, mais des tâches d'un rouge plus ou moins foncé. (Le délégué du gouvernement a pu observer ce détail *de visu*).

Entre le onzième et le quatorzième jour après la vaccination, la fièvre se déclara chez tous les vaccinés et chez cinq des revaccinés. Dans les points voisins des inoculations se montrèrent des vésicules, puis des pustules. L'éruption se déclara aussi sur d'autres régions. Elle fut fréquente au pourtour des narines et au bord des lèvres, les extrémités (mains et pieds), et n'épargna pas le cuir chevelu. Les pustules restaient tantôt isolées, tantôt elles se confondaient. Les surfaces finissaient par se couvrir de croûtes qui, en tombant, laissaient à nu une tache rouge ou une partie du derme déprimée à fond mou. L'affection fut d'assez longue durée, grâce à la lenteur de l'extension de l'éruption et à la réapparition des lésions sur les régions déjà atteintes.

A côté de ces affections cutanées à caractères d'impétigo, d'ecthyma ou de pemphigus, et dans plusieurs cas, indépendamment de celles-ci, se produisirent chez quelques individus d'autres éruptions n'ayant avec les premières qu'un symptôme commun : le prurit. C'étaient des urticaires, des éruptions herpétiformes ou se rapprochant, chez d'autres malades, des éruptions de la varicelle.

Des enfants vaccinés, l'affection, dont le caractère contagieux est manifeste, se communiqua d'abord aux parents, aux membres de la famille et, ensuite, aux étrangers. La principale voie de propagation fut l'école.

---

serpents. Leur peau devient fort belle après la guérison de tant de blessures : on la prendrait pour un satin noir à fleurs. Les jeunes filles rentrent ensuite dans leurs familles; lorsqu'elles deviennent nubiles, c'est-à-dire vers l'âge de 14 ou 15 ans, on célèbre la cérémonie de leurs noces avec le serpent. Elles sont menées au temple. Dès la nuit suivante, on les fait descendre dans un caveau bien voûté où l'on dit qu'elles trouvent deux ou trois prêtres qui les épousent au nom du grand serpent. Pendant que le mystère s'accomplit, leurs compagnes et les autres prêtresses dansent et chantent au son des instruments. Elles sont connues alors sous le nom de femmes du grand serpent, qu'elles continuent de porter toute leur vie. »

L'auteur s'est étendu longuement — et c'est là ce qui fait le fond de son livre — sur l'évolution et l'histoire des grandes religions : le brahmanisme, le bouddhisme, la doctrine de Zoroastre et des Mages, le judaïsme, le mahométisme et le christianisme. Nous savons qu'il a pu parcourir les régions qui ont été les foyers de ces croyances, étudier les monuments, consulter les anciens et les savants de ces pays et recueillir de leur bouche les traditions. Ces circonstances font de son œuvre un recueil précieux, d'autant plus précieux que l'histoire des religions est en réalité l'histoire de l'humanité. Mais, tout en conseillant vivement la lecture d'un pareil travail, nous ne chercherons pas à l'analyser, car il est trop étranger à nos études habituelles. Nous ne nous arrêterons pas davantage sur le récit et l'appréciation des croyances originales de l'Extrême-Orient, c'est-à-dire de la Chine et du Japon, des manisfestations dernières et extrêmes du sentiment religieux, des naïvetés du spiritisme, des inspirations des Svedenborgiens, des

©BIU Santé

Le nombre des atteints fut très considérable. Il n'a pu être fixé à cause des travaux de la moisson.

Au début, on ne conçut aucune crainte pour la vie des enfants ; plus tard, survinrent quatre décès. Il est probable que la mort fut, dans ces cas, déterminée par l'affection en cause, bien qu'il soit difficile de porter un jugement absolu sur ces faits, les symptômes qui précédèrent la mort n'ayant été observés que par des personnes étrangères à la médecine.

Suivent les observations concernant les quatre enfants morts. L'autopsie de l'un d'eux, qui a pu être faite le 26 août, nous semble fort probante : éruption donnant lieu à un abcès de l'épaule avec grande quantité de sérosité sanguinolente dans les plèvres.

IV. A Duben (cercle de Bitterfeld), un enfant fut seul atteint des affections cutanées déjà observées ailleurs.

V et VI. Cercle de Lippstadt. Toutes les vaccinations avaient été suivies de succès, mais la réaction se fit bientôt très vive autour des pustules qui furent entourées d'une zone rouge inflammatoire assez large. Dans la deuxième semaine, une éruption vésiculeuse se montra d'abord au bras, puis couvrit la poitrine, la tête et le cou ; elle se communiqua parfois à la mère et aux frères et sœurs du vacciné, mais resta bénigne.

Nous passons une foule de détails intéressants pour arriver au rapport d'Eberfeld, qui nous apprend que 200 individus environ ont été atteints des lésions déjà décrites.

A Barmen, 74 vaccinés et personnes atteintes par contagion ont été traités par les médecins. Mais le nombre des cas est bien supérieur à celui des malades observés par nos confrères.

A Lennep, enfin, où 58 enfants furent vaccinés, à Malmedy (Prusse rhénane), où 30 autres furent inoculés, on observa, à quelques variantes près, les mêmes symptômes et les mêmes lésions cutanées.

Ainsi qu'il résulte de tous ces rapports, il est hors de doute que les lésions susmentionnées ont été causées par la lymphe animale provenant de l'établissement du docteur Protze et que, par les enfants, elles se sont communiquées à d'autres personnes. C'est (fait à remarquer) la lymphe des mêmes génisses qui a déterminé, dans le même espace de temps, les mêmes affections.

L'institut Protze fut fermé par ordre du gouvernement le 28 août. Il ne put être réouvert qu'après une désinfection parfaite de tout le matériel, après la destruction de tous les instruments jusque-là en usage, après surtout que le docteur Protze se fut dé-

---

Saint-Simoniens, etc., etc. Il faut chercher et étudier tout cela dans le texte même, où il ne sera pas sans intérêt de lire, après les pages sérieuses et élevées du livre, les cinq périodes du christianisme, l'explication de la naissance de Jésus, qui a traversé le corps de sa mère comme un rayon de soleil passe à travers une vitre sans la briser, l'usage des lavements de bouillon pour éluder la prescription du jeûne, les conversations avec les nègres au sujet de la religion, les races inférieures, et surtout le nègre, jugées non éducables, la légende d'Adam et Ève noirs, qui sont devenus blancs en punition de leur péché, les six écoles philosophiques de l'Inde, le néo-vanditisme prétendant que le monde n'a pas d'existence apparente et n'est qu'une illusion, les analogies du brahmanisme avec le catholicisme, les trois cent trente millions de fonctions des dieux, l'histoire du fondateur du bouddhisme, le prêtre bouddhiste qui se laisse mourir de soif à cause de la présence des infusoires que le microscope lui révèle dans l'eau, l'histoire de la dent de Bouddha, l'origine du plat de dessert appelé les *Quatre mendiants*, le culte phallique, les extravagances de toutes sortes, etc., etc., etc.

L'auteur possédait son sujet à fond ; il l'a exposé de la manière la plus complète et la plus consciencieuse ; et, de tous les détails de cette exposition loyale et intelligente, jaillit une pensée — je serais tenté de dire : un cri — la nécessité absolue de l'*instruction* dans tous les rangs de la Société humaine. Mais que de luttes et quelle longue série de siècles ne faudra-t-il point pour arriver à ce grand résultat !

Dr G. Richelot père.

claré responsable et eut garanti la parfaite pureté de sa lymphe. D'après les derniers rapports, aucune éruption cutanée ne s'est produite.

Il n'a pas été possible de découvrir les causes qui ont provoqué l'apparition des affections qui nous occupent ; il n'a pas été possible non plus de déterminer en quoi différait de celle des autres la lymphe fournie par les trois génisses qui ont déterminé les accidents.

Le docteur Protze a envoyé à l'Office d'hygiène de Berlin un tube capillaire contenant la sérosité recueillie sur les éruptions vésiculeuses dont nous avons parlé. On y a trouvé des bacilles isolés outre de nombreux micrococci se multipliant sous forme de chaînettes et ne liquéfiant pas la gélatine. Il serait téméraire de tirer de ce fait aucune conclusion, car, malheureusement, la lymphe n'a été soumise à aucun examen bactériologique.

Dr Ch. Schmit.

BIBLIOTHÈQUE

EUGÈNE TOULOUZE. — Mes fouilles dans le sol du vieux Paris, accompagnées de figures dessinées et gravées par l'auteur. — Préface de Frédéric Loliée.

L'écrivain distingué, qui a placé une préface en tête du livre intéressant de M. Eugène Toulouze, après avoir signalé les savants qui « se plaisent à remonter le cours des âges », accorde un mot aux chercheurs, qui, se circonscrivant dans les limites de la contrée qui les a vus naître, « se dévouent à l'explorer en tous les sens, heureux si leurs études patientes viennent un jour enrichir le domaine commun par le tribut d'une intéressante découverte ou d'une originale révélation ». Et il ajoute : « Au nombre de ces derniers investigateurs sera compté M. Eugène Toulouze, qui aura consacré tant de vaillantes années, tant d'actives recherches, à réunir et à coordonner mille précieux débris de cette période confuse, appelée l'époque gallo-romaine ».

Ces quelques mots peignent l'œuvre de M. E. Toulouze et en font ressortir justement la valeur. Les recherches archéologiques de l'auteur, dans un quartier qui a laissé des souvenirs si vifs dans le passé de Paris, sont accompagnées de renseignements historiques qui leur donnent la vie. Il est curieux de voir que, par ses fouilles, et les mesures qu'il a prises avec soin, il a pu acquérir « la certitude absolue que l'espèce humaine n'a pas dégénéré comme le supposent un grand nombre de gens », au moins dans nos contrées. Ses descriptions nous offrent une foule de détails sur les usages de l'époque gallo-romaine ; entre autres, relativement à l'allaitement artificiel. Les médecins liront avec plaisir la découverte et la description d'une trousse de médecin appartenant au IIIe siècle.

En somme, le livre de M. E. Toulouze est digne de l'accueil bienveillant et équitable qu'il a reçu ; il répond à une tendance bien naturelle : nous aimons à trouver dans l'étude du passé la marche qu'ont suivie nos ancêtres pour nous amener à notre civilisation actuelle. Il faut ajouter que M. E. Toulouze est un dessinateur et graveur de mérite.

G. R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 16 avril 1888.

Sur la fonction biologique des éthers cholestériques nommés lanoline, par M. O. Liebreich. — Dans sa Chimie organique basée sur la synthèse, M. Berthelot écrivait, en 1860, à propos de la synthèse des éthers cholestériques, qu'il ne lui paraissait pas impossible que quelques-uns de ces éthers se trouvassent, soit à l'état normal, soit à l'état pathologique, dans l'organisme.

Huit ans plus tard, Hartmann et Schultze ont trouvé dans la graisse extraite de la

©BIU Santé

laine les substances devinées par M. Berthelot, ainsi que divers acides gras qui se trouvaient non seulement en combinaison avec la cholestérine, mais aussi avec l'isocholestérine.

Quoiqu'on se soit beaucoup occupé de ces éthers, on n'avait pas pensé à les étudier au point de vue biologique ; M. Liebreich s'est demandé si ces éthers existaient seulement dans la laine des moutons ou s'ils étaient plus répandus. Il les a extraits de beaucoup de substances kératinisées : des poils, de l'enduit sébacé des nouveau-nés, de l'écaille de la baleine, des cornes des bovidés, du bec de la corneille, des plumes des oies, des poules, des pigeons, du pigeon-paon, des piquants du porc-épic et du hérisson, du sabot de cheval, etc.

La démonstration, que l'origine de cette graisse est bien dans la substance kératinisée, se voit d'une façon fort nette dans le sabot du cheval, où il n'existe pas de glandes sébacées.

Il est probable que cette substance se forme uniquement dans les tissus kératinisés ; car, d'après les recherches de J. Munch, si on l'introduit en émulsion dans le tube digestif, elle le traverse sans s'altérer.

M. Liebreich pense qu'on peut conclure que, chez tous les animaux, le revêtement cutané exposé au contact de l'atmosphère est imbibé par cet éther cholestérique ou isocholestérique, qu'il a nommé *lanoline anhydre*, de *lana oleum*. La lanoline jouerait donc chez les animaux le même rôle que la cire à la surface des plantes.

Comme cette graisse imbibe le revêtement externe, on est conduit à penser qu'elle possède d'autres qualités que les graisses glycériniques. En cherchant quelles sont ses propriétés chimiques on voit que cette substance se laisse difficilement décomposer par les alcalis caustiques, et, de plus, comme Gottstein l'a trouvé, elle ne se laisse pas non plus décomposer par les micro-organismes, et protège contre leur invasion le lait et la gélatine nutritive qu'elle recouvre, ce que ne font pas l'axonge et les autres graisses glycériniques.

La *lanoline anhydre* possède la remarquable propriété d'absorber plus que son poids d'eau ; enfin, mêlée avec une solution alcaline, elle forme un lait.

Comme la lanoline se trouve à l'état normal dans la peau, comme elle s'imbibe facilement, ce qui était à prévoir, puisqu'elle vient des tissus kératinisés, M. Liebreich a pensé qu'il pourrait être utile de l'appliquer sur les téguments, lorsqu'elle manque, et que son absence peut être la cause des affections venant des micro-organismes : aussi l'a-t-il proposée comme excipient.

Séance du 23 avril 1888.

Variation de la quantité d'oxyhémoglobine et de l'activité de la réduction dans la fièvre typhoïde, par MM. A. Hénocque et G. Baudouin. — Les recherches des auteurs comportent un ensemble de près de 300 analyses hématoscopiques faites sur sept malades typhiques. L'étude comparative de ces données spectroscopiques avec celles de la température, de la respiration, du pouls, des signes des complications diverses, leur a permis d'établir des conclusions d'une haute importance. En général, dans la fièvre typhoïde, *la quantité d'oxyhémoglobine* diminue dès le huitième jour, même plus tôt, elle descend à 9, 8, 7, p. 100, s'y maintient pendant les périodes de début et d'état, puis remonte à 8, 9, 11 et 12 p. 100 dans la convalescence.

La durée de la réduction, modifiée simultanément, mais en sens inverse, est d'autant plus longue qu'il y a moins d'oxyhémoglobine, l'augmentation du début persiste jusqu'à la convalescence.

L'activité de la réduction présentes des courbes en rapport avec celles de l'oxyhémoglobine, mais à oscillations plus accentuées. Elle peut s'abaisser à 0.20 pour remonter à 0.50 ou moitié de la normale au début de la convalescence.

Les phénomènes hématoscopiques sont influencés par les diverses manifestations organiques de la maladie.

La *diarrhée* s'accompagne d'une diminution de la quantité d'oxyhémoglobine, mais, bien plus encore et plus rapidement, d'un abaissement de l'activité de la réduction lié à une durée plus longue des échanges entre le sang et les tissus.

Les manifestations pulmonaires diminuent l'activité de la réduction et surtout la quantité d'oxyhémoglobine, en imprimant à celle-ci des oscillations beaucoup plus considérables que celles qui sont dues aux complications intestinales. Si on étudie comparativement les courbes qui représentent, d'une part, la marche de la température, et, d'autre part, les variations de la durée de réduction mesurée au pouce et des notations de l'activité de la réduction déduites du rapport entre la quantité d'oxyhémoglobine et la durée de réduction, on constate dans toutes les observations de fièvre typhoïde ce fait général qu'aux maxima de la température correspondent les maxima de la durée de réduction. Il y a donc un rapport constant et direct entre l'élévation de la température et la lenteur de la réduction. Par suite, l'activité de réduction ou énergie de la consommation de l'oxygène du sang par les tissus est en proportion inverse de l'élévation de la température.

L'intensité de la fièvre amène une diminution conjuguée de *l'activité des oxydations*. Ces faits concordent avec les résultats obtenus par des procédés d'observation tout différents, tels que l'appréciation de la quantité d'acide carbonique produite, ou l'analyse des déchets de la désintégration organique étudiés dans les urines.

Opération de la surdité otopiésique, par M. Boucheron. — Cette opération consiste dans *la mobilisation de l'étrier*, pour les *graves ou anciennes surdités par compression labyrinthique* (*otopiésis*). Elle est applicable, lorsque l'*étrier est immobilisé* dans une *position vicieuse d'enfoncement* vers le labyrinthe, et lorsque cet *étrier tend à s'ankyloser* dans la fenêtre ovale *rendant persistantes* et la *compression labyrinthique* et la *surdité qui en résulte*.

Beaucoup d'essais opératoires ont été tentés pour modifier les surdités graves, où les organes fondamentaux de l'oreille n'ont cependant pas encore été détruits; c'est-à-dire les cas où l'audition de la parole est encore possible à quelque distance.

C'est ainsi que tour à tour ont été préconisées les opérations de la perforation du tympan (Eli, Cooper, Itard, etc.), la myringodectomie, la ténotomie du tensor tympani (Weber-Liel, Miot), la plicotomie (Politzer), la dislocation de la chaîne des osselets, l'extraction des osselets et de l'étrier (Kessel), perforation de l'apophyse mastoïde (Wilde, etc.)

Mais les résultats ne se sont pas montrés assez constants pour que ces opérations devinssent d'un usage général, comme les opérations de la cataracte et du glaucome qui, pour l'œil, répondent aux mêmes indications.

L'opération que propose M. Boucheron, la *mobilisation de l'étrier*, lui a paru donner des effets thérapeutiques plus satisfaisants et plus fréquents que ces devancières, à en juger d'après 35 premiers cas qu'il vient de pratiquer.....

Rôle du tympan et des osselets. — Les expériences et les opérations faites sur l'homme établissent que le labyrinthe, avec le nerf acoustique intact, avec sa fenêtre ovale fermée par l'étrier mobile et la fenêtre ronde munie de sa membrane, suffit à lui seul pour percevoir et *compendre la parole à haute voix* moyenne à 6 ou 8 mètres, les harmoniques seuls de la parole (voix chuchotée) à 5 ou 6 mètres. Les ondes sonores du son fondamental laryngien et des harmoniques de la parole (et des harmoniques des instruments de musique et les harmoniques des bruits) se *réfractent parfaitement à travers les parois labyrinthiques*.

Le tympan avec le marteau et l'enclume, organes de perfectionnement surajoutés au labyrinthe, étendent la portée de l'audition. La parole à haute voix moyenne est comprise alors à 15 ou 20 mètres, et les harmoniques de la parole (voix chuchotée) à 12 mètres environ dans une chambre close. C'est environ le double d'étendue de l'audition par le labyrinthe seul.

Quand le tympan et les osselets servent à transmettre et à maintenir la compression sur le labyrinthe, cet appareil de perfectionnement devient nuisible, comme le cristallin devenu opaque dans la cataracte de l'œil, et il y a lieu de l'extraire pour laisser fonctionner exclusivement le labyrinthe.

Indications opératoires. — L'opération est utile dans beaucoup de surdités héréditaires progressives avec obstruction intermittente des trompes d'Eustache, avec rétraction sclé-

©BIU Santé

reuse des ligaments de l'étrier et des osselets. Un certain nombre de surdités avec vertige et bourdonnement (mal de Ménière), certaines surdités infantiles conduisant à la mutité, certaines surdités progressives de la vieillesse, certaines paracousies de Willis, se sont améliorées par la décompression labyrinthique à l'aide de la mobilisation de l'étrier.

Résultats. — Dans les 35 faits recueillis par l'auteur, il n'y eut aucun accident, grâce à l'antisepsie; quelques otorrhées sans importance.

Les résultats fonctionnels sont tout à fait subordonnés à l'état de conservation du nerf acoustique; l'opération ne fait, en somme, que faciliter le fonctionnement de ce nerf.

En général, l'audition est doublée ou triplée pour la portée et la compréhension de la haute voix moyenne. La haute voix moyenne est la mesure que M. Boucheron a adoptée comme la plus pratique, parce que, dans notre civilisation, c'est surtout la parole qu'il est nécessaire d'entendre et de comprendre.

Quand la surdité est d'intensité et d'ancienneté moyenne, il y a une amélioration importante dans les deux tiers des cas.

Rechutes. — Comme un certain nombre de ces maladies d'oreille sont progressives, c'est-à-dire à rechutes successives, et que l'opération n'agit que sur l'effet ultime, il arrive que la cause première reproduit des crises nouvelles, mais elles sont moins importantes qu'avant l'opération, le mécanisme d'aggravation étant supprimé.

Durée. — Cette opération donne des effets thérapeutiques immédiats là où aucun traitement ni opération n'en donne, et, avantage précieux, elle est susceptible de retouches nombreuses, la mobilisation de l'étrier restant toujours possible : ces décompressions répétées retarderont toujours la destruction du nerf.

Pour cette opération de l'otopiésis, comme pour le glaucome, les opérations faites de bonne heure, aussitôt que les petits moyens de décompression restent insuffisants, donnent et donneront dans l'avenir des résultats plus habituellement favorables.

En résumé, l'opération qui fait le sujet de cette communication est sans danger et plus puissante que les opérations anciennes. Elle est comparable à l'opération du glaucome parce qu'elle décomprime le nerf sensoriel; elle est comparable aussi à l'opération de la cataracte, puisqu'on enlève un appareil de perfectionnement devenu nuisible.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 14 avril 1888. — Présidence de M. de Ranse.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée comprend, outre les journaux et revues habituels, le *Bulletin de la Société de médecine de la Sarthe*, 1884-1886.

M. le Président fait part, à la Société, de la perte qu'elle vient de faire en la personne de l'un de ses anciens présidents, M. le docteur de Robert de Latour, qui s'est éteint à l'âge de 87 ans.

M. Auvard lit un mémoire sur la *septicémie d'origine mammaire.*

En 1883, Kaltenbach a publié une observation de septicémie puerpérale d'origine mammaire. J'ai observé récemment, à la Charité, un cas absolument semblable; les organes génitaux étaient absolument normaux, mais des gerçures profondes existaient aux deux seins, et, d'un côté, il y avait de la lymphangite. La cautérisation des gerçures, l'application d'iodoforme amena la chute de la température et la guérison. Le traitement n'est autre que celui des gerçures au sein, combiné avec le traitement de la septicémie alors qu'il y a des accidents généraux.

M. Wickham relate l'histoire d'un saturnin, lequel a présenté des accidents névropathiques ayant quelque analogie avec ceux de la paralysie générale progressive; ces accidents ont aujourd'hui complètement disparu, et, suivant lui, sont imputables à l'agent toxique seul.

M. Larroque pense qu'il ne s'agit pas, en effet, dans l'observation de M. Wickham,

d'une paralysie générale véritable, mais seulement d'une pseudo-paralysie générale, et c'est ce qui explique la possibilité de la guérison si rapide.

M. Christian est d'avis que le saturnisme n'a joué qu'un rôle très secondaire dans la genèse des accidents cérébraux. Il incriminerait plus volontiers le surmenage cérébral occasionné par les travaux excessifs auxquels s'est livré le malade. Il fait remarquer, en outre, que les accidents cérébraux saturnins sont plutôt des phénomènes convulsifs, et il n'y en a pas eu dans l'intéressante observation de M. Wickham.

M. Delasiauve : Il importe de distinguer la paralysie générale véritable d'un certain nombre d'affections toxiques qui se traduisent par des symptômes identiques. Ces pseudo-paralysies générales (alcoolique, syphilitique, etc.) guérissent très bien, ce qui n'est pas le cas de la paralysie générale vraie.

M. Pellier, au nom de M. le docteur Bédoin, membre correspondant, lit une note sur les *pansements au papier*. (Sera publié.)

M. Larroque lit une observation d'*uréthrotomie externe* envoyée par M. le docteur Pinteaud-Désallées, membre correspondant. (Sera publié.)

— La séance est levée à cinq heures et demie.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois d'avril 1888.

Jeudi 12. — M. Lecca : Lésions secondaires au cours du cancer de l'utérus. (Président, M. Proust.) — M. Dassieu : Infection pneumonique. (Président, M. Proust.) — M. Simon : Des troubles fonctionnels consécutifs aux fractures de la rotule. (Président, M. Le Fort.) — M. Faneau : Du secret professionnel en médecine mentale. (Président, M. Ball).

Vendredi 13. — M. Vilon : De la phlébite post-puerpérale. (Président, M. Damaschino.) — M. Auclert : Etude physiologique et thérapeutique sur le dinitrate de chrysonéline. (Président, M. Damaschino.) — M. Junin : De l'étiologie héréditaire de la paralysie faciale dite *a frigore*. (Président, M. Charcot.) — M. Guemes : De l'hémato-salpingite. (Président, M. Hayem.)

Samedi 14. — M. Odriozola : Lésions du cœur consécutives à l'athérome des coronaires. (Président : M. Cornil.) — M. Sappovitch : Contribution à l'étude de la pneumonie catarrhale. (Président, M. Proust.)

Lundi 16 et mardi 17. — Pas de thèses.

Mercredi 18. — M. Monprofit : Salpingites et ovaires. (Président, M. Lannelongue.) — M. Beaudonnet : Spermatogenèse dans l'oblitération de la vaginale (Président, M. Fournier.)

Jeudi 19. — M. Lefèvre : De la révulsion dans les troubles médullaire *a frigore*. (Président, M. Peter.) — M. Versepuy : De la périmétrite et son traitement. (Président, M. Peter.) — M. Brossier : Des abcès du foie expectorés. (Président, M. Brouardel.)

Du vendredi 20 au lundi 23. — Pas de thèses.

Mardi 24. — M. Fouque : De la pulpe vaccinalo-glycérinée. (Président, M. Brouardel.) — M. Coppin : Traitement de la tuberculose pulmonaire par les inhalations d'acide sulfureux. (Président, M. Brouardel.) — M. Chevalier : Du pansement antiseptique du cordon ombilical. (Président, M. Cornil.) — M. Klein : Du délire des grandeurs. Etude séméiologique. (Président, M. Ball.) — M. Lagente : Contribution à l'étude des lymphosarcomes du médiastin. (Président, M. Proust.) — M. Archipoff : Contribution à l'étude de la migraine. (Président, M. Proust.)

Mercredi 25. — Pas de thèses.

Jeudi 26. — M. Texier : Du traitement de la chorée par l'antipyrine. (Président, M. Bouchardat.) — M. Fourrier : Respiration artificielle dans l'éclampsie puerpérale. (Président, M. Peter.)

Du vendredi 27 au mardi 1er mai. — Pas de thèses.

©BIU Santé

FORMULAIRE

VIN TONIQUE. — Luton.

Extrait de feuilles de noyer.....	30	grammes.
Phosphate de soude.....	15	—
Vin de Malaga.....	1	litre

Faites dissoudre. — Une cuillerée à bouche entre les repas pour un adulte, une cuillerée à dessert pour un enfant, aux tuberculeux qui ont fait usage de phosphate de cuivre. — Ce vin est destiné à confirmer la guérison et à prévenir les rechûtes.

N. G.

COURRIER

Le jury du concours pour la nomination à deux places de chirurgien des hôpitaux civils de Paris a été tiré au sort; il se compose de MM. Després, Reclus, Benjamin Anger, Lannelongue, Trélat, Le Fort et Raymond.

— Nous recevons la communication suivante :

UNION MÉDICALE DES MEMBRES DES SOCIÉTÉS DE SECOURS MUTUELS. — L'Union médicale, en groupant par section les membres adhérents des Sociétés autour de la demeure du médecin de la section, a pour but d'éviter à ce dernier des déplacements longs et coûteux, de procurer aux sociétaires alités des soins plus prompts et à ceux qui peuvent se rendre aux consultations un trajet moins long.

Cette Société est constituée et autorisée par arrêté en date du 10 mars 1888, le sectionnement des quartiers et le classement des docteurs sont opérés par une Commission, composée de docteurs et de membres du Conseil de l'Union. Il ne reste plus que quelques sections à pourvoir de titulaires.

La Commission de l'Union fait appel au corps médical, pour inscrire sur les contrôles un nombre de docteurs suppléants qui deviendront très rapidement titulaires de sections, à mesure que le nombre des adhérents obligera à en créer de nouvelles.

Les docteurs désireux de connaître le règlement médical, adopté par le Conseil d'administration de l'Union, sont priés de s'adresser à l'un des membres de la Commission, M. le docteur Grange, 2, Rue Moret, qui mettra à leur disposition un exemplaire du règlement médical et recevra les adhésions tous les jours, de une heure à quatre heures.

— Les vaccinations gratuites ont lieu toute l'année à l'Académie de médecine, à midi : le mardi et le samedi avec du vaccin jennérien; le jeudi, avec du vaccin de génisse, à partir du jeudi 3 mai.

— M. le docteur Terrillon commencera ses leçons cliniques sur les *affections chirurgicales de l'abdomen et les organes génitaux de la femme* à la Salpétrière, le mercredi 2 mai, à dix heures. Visite et examen des malades à neuf heures. Opérations le samedi.

HÔPITAL BICHAT. — *Leçons de clinique et de thérapeutique médicales.* — M. le docteur Henri Huchard commencera ces leçons à l'hôpital Bichat, le dimanche 29 avril, à neuf heures et demie très précises, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

Sujet des deux premières leçons : *De la tension artérielle considérée comme indication thérapeutique dans les maladies.*

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitᵗ physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. P. Le Gendre : Les purpuras infectieux primitifs. — II. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — III. Formulaire. — IV. Nouvelles de l'étranger. — V. Courrier.

Les purpuras infectieux primitifs.

Malgré de nombreuses tentatives pour élucider la pathogénie des purpuras et établir une classification nosologique satisfaisante, on n'est encore arrivé qu'à former quelques groupements légitimes d'après les analogies de certains caractères. Ainsi les hémorrhagies cutanées, véritables troubles trophiques survenant au cours d'affections diverses du système nerveux, auxquelles M. Faisans a consacré, en 1882, un travail très remarqué, constitue le groupe satisfaisant du *purpura myélopathique* (1), et des expériences de MM. Gley et Mathieu, après Lewaschew, ont montré que l'irritation du sciatique peut déterminer des taches de purpura.

Les purpuras *par intoxication* causés par l'iodure de potassium, le chloral, le chloroforme, le phosphore, le venin de certains reptiles forment aussi une catégorie très nette; on en peut rapprocher certains purpuras par auto-intoxication.

Mais il reste toute une classe de purpuras qui paraissent devoir être rattachés à une origine infectieuse et dont plusieurs chercheurs ont déjà isolé certains types cliniques. A cette catégorie des purpuras infectieux appartiennent d'abord les hémorrhagies cutanées qui se montrent comme symptôme plus ou moins fréquent dans le cours d'une maladie infectieuse nettement définie : typhus exanthématique, typhus cérébro-spinal, fièvre jaune, fièvres éruptives à forme hémorrhagique (variole surtout).

I

En outre, M. A. Mathieu, dans son *Essai de nosographie générale sur les purpuras hémorrhagiques* (2), émettait l'opinion qu'on peut rencontrer le purpura hémorrhagique infectieux « indépendamment de toute contagion qui porte nom », faits déjà signalés par Rayer sous le nom de purpura fébrilis, et par Alibert à propos des pétéchies. Ce sont, disait M. Mathieu, des infections innominées, dont les recherches de laboratoire, les cultures, les études microscopiques permettront peut-être un jour de fixer l'essence, mais à propos desquelles, jusqu'à plus ample informé, on ne peut qu'ébaucher la description de certains types cliniques. Il indiquait des cas où la marche est rapide, l'invasion fébrile rappelant celle des typhus et des fièvres éruptives, l'adynamie survenant d'une manière précoce en même temps que des hémorrhagies cutanées et viscérales, pour amener la mort dans les cas les plus graves en vingt-quatre à quarante huit heures. Dans

(1) *Purpura myélopathique*. Thèse de Paris, 1882.

(2) Thèse de Paris, 1883.

©BIU Santé

des cas plus atténués, à un embarras gastrique vulgaire en apparence succède une fièvre modérée. M. Mathieu notait une forme pseudo-rhumatismale, dans laquelle à des prodromes fébriles succèdent des douleurs et du gonflement des articulations, et un peu plus tard des ecchymoses et des hémorrhagies internes, cas dans lesquels M. Landouzy a trouvé une albuminurie abondante et M. Balzer des microbes dans l'urine. M. Mathieu rapprochait ces états pathologiques innominés des observations de puerpérisme, de peumonies et de pleurésies, de blennorrhagies, de traumatismes de l'urèthre, de cystite purulente, de vaccine et d'impaludisme dans lesquels on a signalé le purpura hémorrhagique.

Dans une thèse d'agrégation (1), M. Du Castel ne semble pas avoir trouvé qu'il fût nécessaire de créer un groupe à part pour les purpuras infectieux, il y fait peu d'allusions et paraît disposé à englober, soit dans les purpuras d'origine rhumatismale, soit dans ceux d'origine nerveuse, les divers types que M. Mathieu avait esquissés.

M. E. Gomot, la même année, consacrait sous l'inspiration de M. Landouzy sa dissertation inaugurale à la description d'une forme de purpura primitif qu'il proposait d'appeler purpura idiopathique aigu ou typhus angéio-hématique. Il insistait sur la nécessité de séparer le purpura-symptôme du purpura-maladie, de la fièvre purpurique, de même qu'on range dans deux classes bien distinctes les éruptions scarlatiniformes et la fièvre scarlatine. S'il propose la dénomination de typhus angéio-hématique, voici pour quelles raisons : « Le premier terme s'explique par l'état de dépression du malade, dépression physique plutôt que morale et qui, dans certains cas, devient un véritable état typhoïde analogue à celui qu'on rencontre dans le typhus. Le second terme angéio-hématique est destiné à rappeler les altérations constatées par les divers observateurs soit dans la structure des parois vasculaires, soit dans la composition qualitative ou quantitative du sang. En l'employant, nous n'entendons nullement préciser la nature de la lésion, mais seulement indiquer son siège. » Bien qu'en plus d'un endroit de sa monographie M. Gomot laisse voir qu'il incline à considérer l'état morbide qu'il décrit comme de nature infectieuse, il n'attache nulle part catégoriquement l'étiquette d'infection à son typhus angéio-hématique.

Depuis cette époque, les idées médicales ont fait du chemin dans le sens de la pathogénie infectieuse; aussi M. Martin de Gimard a-t-il pu, avec beaucoup plus d'assurance, intituler : *Du purpura hémorrhagique primitif, ou purpura infectieux primitif,* l'intéressante et très sérieuse étude qu'il a publiée récemment (2).

II

Le travail de M. de Gimard a pour base solide deux remarquables observations qu'il a recueillies avec le plus grand soin à l'hôpital des Enfants-Malades comme interne de M. le professeur Grancher. Dans ces deux cas, le caractère particulier de l'affection fut l'apparition rapide de gangrènes étendues dans les points où s'étaient faites les hémorrhagies; dans l'un, la guérison fut obtenue au prix de l'élimination totale des parties gangrénées avec une interminable cicatrisation et d'effroyables délabrements; dans l'autre, la mort survint au milieu d'un cortège ataxo-adynamique et permit

(1) *Des diverses espèces de purpura.* Paris, 1883.
(2) Thèse de Paris, 1888.

à M. de Gimard de poursuivre avec le plus grand soin ses investigations anatomo-pathologiques et microbiologiques.

En relevant dans les auteurs les faits de purpura primitif et d'après ses propres observations, M. de Gimard constate que, le plus souvent, l'interrogatoire le plus minutieux ne peut donner aucun renseignement de nature à expliquer l'apparition du purpura hémorrhagique; il peut survenir à tous les âges, mais il est particulièrement fréquent chez les enfants et les sujets jeunes. On ne peut affirmer qu'il puisse régner épidémiquement, mais il est certain qu'il apparaît à certains moments avec une fréquence très frappante, et c'est une recrudescence de ce genre que M. de Gimard signale à l'hôpital des Enfants-Malades où il est entré douze malades atteints de purpura d'avril 1887 au 4 janvier 1888.

Le grand fait dans la maladie qui nous occupe est évidemment constitué par les hémorrhagies cutanées et muqueuses. Elles peuvent donner lieu à certains troubles réactionnels de voisinage, de nature inflammatoire ou vaso-motrice, consistant en des œdèmes blancs et durs, ou rosés et rouges plus ou moins étendus.

Ensuite, c'est du côté du tube digestif que se font les manifestations morbides les plus intenses. En dehors des hémorrhagies provenant de l'estomac, de l'intestin ou de la bouche, on voit des vomissements quelquefois vraiment coercibles, non seulement alimentaires, mais bilieux, porracés, rappelant ceux des saturnins (Hutinel); et, comme dans certains cas les vomissements opiniâtres se montrent avant toute manifestation hémorrhagique, on a pu songer à une obstruction intestinale au début. La diarrhée peut être profuse; la langue est blanche, la soif vive, exceptionnellement on a vu de l'ictère.

Les troubles de l'appareil urinaire sont très importants. Indépendamment des hématuries, il peut y avoir une albuminurie d'intensité variable, *très intermittente*, attestant une inflammation congestive mobile, fugace, ayant beaucoup d'analogie avec les complications rénales de l'érysipèle, pouvant faire admettre avec MM. Renaut, Mollière et de Gimard qu'il se fait de véritables décharges microbiennes par les reins à chacune de ces poussées d'albuminurie. Les lésions cardiaques sont tout à fait exceptionnelles, et les poumons ne sont atteints que d'une congestion ultime.

Le retentissement sur le système nerveux n'est pas très intense en général. Si on excepte la possibilité rare d'une hémorrhagie cérébrale, on ne relève guère que des phénomènes congestifs du côté du cerveau (accidents pseudo-méningitiques) ou de la moelle (paraplégie transitoire). Le faciès des malades est celui d'anémiques, avec débilité et prostration. La fièvre est proportionnée à la gravité de l'attaque de purpura. La marche des accidents est des plus irrégulières; il est rare qu'on n'observe pas plusieurs poussées successives séparées par des intervalles de quelques jours, de quelques semaines ou de quelques mois, comme si des micro-organismes restés dans l'économie repullulaient à plusieurs reprises avant d'être tous expulsés.

M. Martin de Gimard pense que, si le purpura primitif peut affecter des formes très différentes, on ne saurait aller jusqu'à faire de celles-ci des maladies complètement distinctes, car il existe entre ces diverses formes des cas intermédiaires qui en attestent la parenté. L'auteur décrit successivement une forme bénigne dont le type est la maladie de Werlhof, des formes beaucoup plus graves caractérisées par un état typhoïde ou par une

©BIU Santé

marche suraiguë; une forme pseudo-rhumatismale et enfin une qui est caractérisée par l'apparition de gangrènes.

La maladie décrite par Werlhof si anciennement sous le nom de *morbus maculosus* représente la forme bénigne par excellence du purpura; tout le tableau clinique se résume en des hémorrhagies cutanées et muqueuses se produisant sans fièvre et guérissant en quelques jours. Il est vrai que, depuis le médecin de Hanovre, on a donné le nom de maladie de Werlhof à des états bien plus graves et d'une symptomatologie plus complexe; mais il est juste, historiquement, de n'attacher le nom de Werlhof qu'au type morbide simple qu'il avait eu en vue. M. de Gimard rappelle avec raison une question de diagnostic différentiel importante, que soulève le morbus maculosus apyrétique, c'est la confusion faite plus d'une fois avec les ecchymoses résultant de mauvais traitements et pouvant entraîner des conséquences graves au point de vue médico-légal.

Le purpura primitif à forme typhoïde correspond aux cas dont M. Mathieu avait déjà esquissé l'histoire et au typhus angéio-hématique de M. Gomot. Il faut naturellement ne porter ce diagnostic qu'après s'être assuré qu'il ne s'agit pas de fièvre typhoïde compliquée de purpura. Les taches rosées, la marche de la température, la nature de la diarrhée, sont les principaux pivots de ce diagnostic.

M. de Gimard isole, sous le nom de forme suraiguë, des cas où les malades succombent non plus en quelques semaines, mais en quelques jours, peut-être en quelques heures. Dans ces cas, on a pu agiter la question d'empoisonnement, par le phosphore, par exemple; il est donc important d'en connaître l'existence.

Le purpura à forme gangréneuse mérite une mention particulière. Dans cette forme, l'hémorrhagie cutanée présente une étendue généralement considérable; la large infiltration du tégument par le sang trouble sa nutrition et doit faire craindre sa mortification. Le sphacèle présente des degrés nombreux depuis la simple desquamation épidermique jusqu'à une gangrène, qui atteint non seulement toute l'épaisseur des téguments, mais les muscles et les os eux-mêmes. On est alors en présence d'un tableau qui ne ressemble plus, au premier abord, au purpura hémorrhagique. On constate des infiltrations sanguines massives qui donnent aux parties l'aspect noir, le refroidissement de la mortification; elles se recouvrent de phlyctènes. Il paraît bien que cette forme est la même que Charron (de Bruxelles) et Henoch (de Berlin) ont décrite sous le nom du purpura fulminans (foudroyant). Les parties noires et refroidies avaient toute l'apparence de la gangrène, mais n'en avaient pas l'odeur; cela tient, comme le fait remarquer judicieusement M. de Gimard, à ce que la mort s'est produite trop rapidement pour que les parties sphacélées aient eu le temps de se putréfier.

Il y a, en effet, deux périodes successives dans ces gangrènes purpuriques; dans la première, n'étant plus alimentés suffisamment par suite du trouble qu'apporte à la circulation l'infiltration sanguine, les tissus se mortifient; puis il se fait un envahissement de ces tissus par les organismes de la putréfaction, d'où l'odeur caractéristique. Enfin, dans une dernière période, quand le malade survit, un sillon d'élimination s'établit, et les parties mortifiées se dessèchent et sont expulsées.

Dans un de ces cas observés par M. de Gimard et dont nous avons suivi l'évolution, on ne peut que difficilemnt se faire idée des effroyables déla-

brements qui succédèrent à l'élimination des parties sphacélées. L'enfant perdit la plus grande partie des téguments des membres supérieurs, une partie de ceux des membres inférieurs, la presque totalité d'une joue et des lèvres. Au bout de six mois, la cicatrisation des immenses plaies n'était pas terminée, malgré des greffes avec la peau de grenouille ou l'épiderme humain.

On peut se demander si le sphacèle dépend de l'introduction simultanée dans l'organisme de microbes producteurs de la gangrène et d'un microbe spécifique qui, d'après M. de Gimard, pourrait être la cause du purpura; ou bien si le sphacèle résulte d'une infection gangréneuse locale et consécutive, envahissant un tissu dont la vitalité est profondément troublée par l'intensité des troubles circulatoires qu'entraîne l'étendue de l'infiltration sanguine, et de la réaction inflammatoire au voisinage des ecchymoses qui a été constatée dans les observations de M. de Gimard.

En tout cas, il faut noter la facilité avec laquelle se produit la gangrène chez les purpuriques à l'occasion d'un traumatisme insignifiant, tel que la pression des dents sur les lèvres et la face interne des joues. On a vu aussi l'infiltration hémorrhagique, sous et dans la muqueuse du tube digestif, produire des ulcérations gangréneuses plus ou moins étendues dans l'intestin.

Le pronostic de ces vastes purpuras gangréneux est à coup sûr très grave. Il n'est pourtant pas nécessairement fatal, mais la guérison laisse malheureusement après elle des cicatrices si étendues que leur rétraction donne lieu à des troubles fonctionnels et engendre des infirmités plus ou moins graves, ectropion, atrésie buccale, déformation de la main en griffe, position vicieuse permanente des divers segments d'un membre, que la chirurgie seule pourra quelquefois améliorer.

La forme *pseudo-rhumatismale* du purpura, que M. Mathieu avait bien vue en la classant dans les purpuras infectieux, et que M. Du Castel rattachait au rhumatisme vrai accompagné de purpura, est acceptée par M. de Gimard, qui cependant incline à concilier les deux opinions.

Quand il s'agit de malades présentant des antécédents rhumatismaux nets, non seulement héréditaires, mais personnels, « si les accidents articulaires sont survenus à la suite d'un refroidissement; s'il y a eu, au début, une angine présentant l'intensité habituelle à l'angine rhumatismale; s'il y a des sueurs abondantes comme pendant les attaques de rhumatisme; si les phénomènes fluxionnaires du côté des jointures sont intenses, accompagnés de douleurs violentes; si surtout il existe en même temps des manifestations viscérales, en particulier des signes d'endocardite; si enfin le salicylate de soude vient rapidement à bout de la maladie, la nature rhumatismale de l'affection paraît bien manifeste ».

Mais, d'autre part, « quand un individu malade, qui n'a jamais eu aucune manifestation rhumatismale, dont les parents n'ont jamais eu de rhumatisme, est pris en dehors de tout refroidissement de purpura auquel s'ajoutent des troubles articulaires; quand on ne constate durant le cours de la maladie aucune manifestation cardiaque imputable à une endocardite; quand il n'y a aucune sudation, que l'action du salicylate de soude est nulle, que les phénomènes articulaires coïncident avec les poussées purpuriques, qu'autour de ces articulations fluxionnées il se rencontre des taches purpuriques apparues en même temps que la fluxion articulaire; quand, en outre, les phénomènes articulaires surviennent seulement à une époque

©BIU Santé

tardive de la maladie, il est impossible de ne pas admettre qu'il s'agisse d'une simple localisation du processus morbide (purpura infectieux) sur les jointures (pseudo-rhumatisme infectieux et non-coexistence du rhumatisme).

On a constaté, à l'autopsie, des épanchements, soit séreux simples, soit hémorrhagiques, soit purulents, par transformation de l'hémarthrose primitive.

Cliniquement, les phénomènes peuvent varier beaucoup d'intensité, depuis une légère congestion peu douloureuse avec peu de gonflement, ou un gonflement et un œdème péri-articulaire notables ou une distension considérable de l'article avec vives douleurs. Quelquefois très fixes, en général ces arthropathies procèdent par poussées intermittentes comme les autres manifestations de la maladie.

III

M. de Gimard s'est préoccupé avec raison de l'existence du purpura hémorrhagique pendant la grossesse et l'accouchement et de sa transmission au fœtus. Des faits de Puech, de Brieger, de Byrne prouvent que la gravidité aggrave beaucoup le pronostic du purpura, qui peut déterminer des métrorrhagies abondantes, des hémorrhagies profuses après la délivrance, et fréquemment l'avortement par formation d'infiltrations hémorrhagiques dans le placenta (Philips). En outre, la transmission de la maladie au fœtus est attestée par une observation de Dohrn : la mère avait eu du purpura pendant les dernières semaines de sa grossesse, mais les taches avaient disparu complètement avant l'accouchement; or, l'enfant naquit avec d'abondantes taches purpuriques, et la couleur encore vive de quelques-unes prouvait qu'elles s'étaient produites peu avant la naissance; on peut admettre qu'au moment où la mère entrait en convalescence, pendant les dernières semaines de la grossesse, l'enfant avait contracté la maladie; il se fit encore deux petites ecchymoses nouvelles du deuxième au cinquième jour après la naissance; elles étaient toutes résorbées au dixième jour.

M. de Gimard voit non sans raison, dans cette transmission du purpura de la mère au fœtus, un puissant argument en faveur de sa nature infectieuse. A l'autopsie, à côté des lésions hémorrhagiques, on en trouve d'inflammatoires, et ces lésions rappellent celles des maladies infectieuses.

Mais y a-t-il des constatations bactériologiques autorisant à affirmer l'infection? Dans les examens microscopiques qu'il a pratiqués sur un enfant ayant succombé au purpura gangréneux, M. de Gimard a trouvé dans les reins des foyers hémorrhagiques au centre desquels se trouvaient des amas de microcoques; il a retrouvé des foyers microbiques semblables dans des taches purpuriques de la peau, dans les extravasats du tissu cellulaire sous-cutané, sous la muqueuse de l'estomac, de l'intestin grêle, dans des vaisseaux voisins de ces foyers hémorrhagiques et dont les parois étaient altérées par l'inflammation.

Déjà M. Balzer avait constaté des microcoques, pendant la vie, dans le sang d'un malade atteint de purpura et, après la mort, dans le foie et divers organes. Il faut encore citer Klebs, qui avait trouvé, dans l'hémophilie des nouveau-nés, un micro-organisme qu'il appelait *monas hemorrhagica*. Penzold, Watson Cheyne, Wickham Legg, Reber, Ceci et Hlava, Pétrone ont rencontré aussi des micro-organismes soit dans le sang des malades pendant la vie, soit dans les organes à l'autopsie; par malheur, les caractères

qu'ils ont attribués à ces microbes (tantôt bacilles, tantôt microcoques) sont loin de présenter des garanties d'authenticité suffisantes.

Mais les recherches de M. de Gimard, conduites d'une manière très correcte, ont donné des résultats qui, sans entraîner la conviction d'une manière absolue, ont certainement fait avancer beaucoup la question.

Dans le sang examiné pendant la vie, il a trouvé les mêmes microcoques qu'il a constatés dans les taches purpuriques de la peau enlevée immédiatement après la mort. Avec le sang pris sur le vivant, il a obtenu dans différents milieux des cultures toujours constituées par un même microcoque dont il a bien précisé les principaux caractères qu'il serait oiseux d'énumérer ici. L'injection de ces cultures à des lapins, soit dans le tissu cellulaire, le péritoine ou les veines de l'oreille, a été suivie d'ecchymoses; chez un des animaux, mort spontanément, existait une infiltration hémorrhagique très étendue sous le péritoine, des ecchymoses dans la capsule d'un rein et sur l'intestin. Chez les autres lapins, sacrifiés quelque temps après l'inoculation, se voyaient des ecchymoses à la surface des muscles de la cuisse.

M. de Gimard explique ainsi la pathogénie des accidents : « Au niveau des taches purpuriques, les vaisseaux seraient obstrués et enflammés par des colonies de microcoques et, autour de ces vaisseaux, il existerait une réaction inflammatoire caractérisée par la présence de nombreux leucocytes; c'est à la périphérie de ces foyers que se produiraient les hémorrhagies, vraisemblablement dues à une congestion d'une part mécanique, et surtout inflammatoire. »

En résumé, il résulte de la lecture de l'intéressante monographie de M. de Gimard que l'existence d'une ou plusieurs variétés de purpuras primitifs infectieux, en faveur de laquelle on pouvait déjà invoquer bon nombre d'arguments de poids, doit désormais être acceptée, bien que la nature et les caractères du ou des microbes pathogènes appellent encore des recherches.

P. Le Gendre.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 avril. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Suite de la discussion sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. — Présentation de pièce pathologique : Fractures multiples du bassin. — Présentation de malade : Amputation ostéo-plastique du pied. — Election de membre titulaire.

M. Léon Le Fort a la parole pour la continuation de la discussion sur le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen. Le savant chirurgien fait observer qu'il y a lieu d'établir des distinctions suivant le point de l'abdomen qui est le siège de la blessure. Ainsi, il faut mettre à part les lésions de l'estomac et de la partie supérieure de l'abdomen, parce qu'il existe une très grande différence, au point de vue de la gravité, entre les plaies de l'estomac, par exemple, et celles de l'intestin grêle.

Ainsi, M. Le Fort a soigné un jeune garçon boucher qui avait reçu un coup de couteau dans l'estomac. Le blessé vomit son déjeuner et fut transporté à l'hôpital, où l'interne de garde sutura la plaie de l'estomac et prescrivit de l'opium. Le lendemain, la suture fut enlevée et il sortit encore par la plaie des matières alimentaires de la veille. M. Le Fort fit continuer l'opium et prescrivit une diète très sévère. Au bout de quelques jours, le blessé était complètement guéri.

©BIU Santé

M. Bailly, interne de M. Le Fort, a fait à ce sujet des recherches très intéressantes desquelles il résulte que, sur un nombre de 88 cas, il y a eu 75 guérisons, dont 52 sans intervention chirurgicale, et 13 morts.

Il faut donc, dans cette discussion, laisser de côté les plaies de l'estomac, qui diffèrent essentiellement de celles de l'intestin au point de vue de la gravité.

Ce n'est pas à dire pour cela que les plaies de l'intestin doivent être considérées, ainsi que le prétendent les partisans de l'intervention immédiate, comme constamment mortelles. Et d'ailleurs, toute plaie pénétrante de l'abdomen ne s'accompagne pas forcément de blessure de l'intestin. Il résulte d'expériences faites, par Henko, sur le cadavre, avec une épée triangulaire de 16 millimètres de large, que, sur 95 cas, 20 fois l'intestin n'a pas été lésé.

Dans 14 cas, on a constaté la blessure de divers organes : reins (14), foie (7), pancréas (1). Dans 75 cas, l'intestin a été blessé et l'on a constaté que, dans 24 cas, il y avait une seule blessure; dans 32, 2 blessures; dans 16, 3 blessures; dans 3, 4 blessures.

En résumé, dit M. Le Fort, en ce qui concerne l'influence du siège de la blessure, la statistique donne les résultats suivants :

La blessure siégeant *à l'ombilic et au-dessus de l'ombilic*, l'intestin n'a pas été blessé 15 fois sur 40 cas, soit 37,5 p. 100;

La blessure siégeant au *niveau de l'ombilic*, l'intestin n'a pas été blessé 5 fois sur 30 cas, soit 16,6 p. 100;

La blessure siégeant *au-dessous de l'ombilic*, l'intestin a toujours été blessé.

Une autre distinction très importante à faire est relative au volume des projectiles. On a signalé avec juste raison la possibilité de la guérison spontanée des blessures de l'intestin par l'oblitération à l'aide d'un bouchon muqueux; cette oblitération n'est sans doute pas impossible lorsqu'il s'agit de plaies faites par des balles de fort calibre, mais elle est naturellement beaucoup plus fréquente dans les plaies produites par des balles de revolver de petit calibre.

Contrairement à l'opinion de M. Trélat, de M. Championnière, de M. Terrier, de M. Marc Sée, et conformément à celle de MM. Reclus et Tillaux, M. Léon Le Fort est d'avis que l'abstention, dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, doit être la règle, et l'intervention immédiate l'exception. On a prétendu que les plaies pénétrantes de l'abdomen étaient fatalement mortelles; aux faits cités par MM. Reclus et Tillaux, qui contredisent cette manière de voir, M. Le Fort croit devoir ajouter les suivants, qu'il a eu l'occasion d'observer en 1880. Un jeune homme de 23 ans se tire un coup de revolver dans le ventre; il est apporté à l'hôpital Beaujon, où M. Le Fort le voit le lendemain, vingt-quatre heures après l'accident. Le malade est pâle, exsangue, haletant, avec 45 respirations par minute, une température de 36° seulement, un pouls filiforme battant 160 fois par minute; l'état de collapsus dans lequel se trouve le blessé ne permet pas de douter qu'il s'agit d'une plaie pénétrante avec blessure probable de l'intestin.

M. Le Fort lui administre de l'alcool, pour le ranimer, et lui prescrit l'extrait thébaïque et la diète dans le but de favoriser le travail d'oblitération spontanée qui est peut-être en voie de se faire. Le lendemain, il y avait une amélioration sensible dans l'état du malade, et la température était remontée à 37°. Le malade sortait guéri au bout de huit jours.

M. Le Fort a obtenu de même la guérison d'un individu qui avait reçu un coup de couteau dans le ventre au-dessus de la crête iliaque avec issue de l'épiploon par la plaie abdominale et perforation du rectum. L'épiploon fut réséqué, et le malade en fut quitte pour un abcès qui guérit au bout de quelques jours.

Mais tout en posant la non-intervention comme règle générale. M. Le Fort est loin de prétendre qu'il ne faille jamais intervenir. Il pense, au contraire, que grâce aux progrès réalisés de nos jours, dans la chirurgie abdominale en particulier, le chirurgien, mieux armé aujourd'hui que ne l'étaient les anciens, ne doit pas hésiter à faire la laparotomie lorsque surviennent des accidents de péritonite. Autant il doit être réservé lorsqu'il s'agit de pratiquer la laparotomie exploratrice, autant il doit alors se hâter

d'ouvrir le ventre pour remédier à des accidents qui peuvent devenir rapidement mortels.

M. Berger ne croit pas qu'il y ait un intérêt majeur à séparer les plaies pénétrantes de l'abdomen par instruments tranchants de celles par balles de revolver. C'est la même irrégularité, la même diffusion des lésions conduisant à la même pratique.

Cette pratique, ainsi que le démontre la discussion actuelle, est sensiblement la même pour tous les membres de la Société de chirurgie qui ont pris part à la discussion. Il n'existe de différence entre eux que dans les tendances : les uns, plus hardis, voulant intervenir même avant tout accident; les autres préférant attendre, pour agir, que les accidents péritonéaux se soient produits.

M. Berger croit à la possibilité de la guérison spontanée des plaies de l'intestin par balles de revolver, mais il montre l'impossibilité où l'on est de faire la preuve matérielle de l'existence de la plaie intestinale, puisque l'autopsie qui seule pourrait éclairer la question manque naturellement. Les expériences de M. Reclus sur les chiens ont prouvé que les plaies de l'intestin pouvaient être oblitérées par un bouchon muqueux et être suivies de guérison par des adhérences péritonéales; on a objecté la septicité de ces bouchons, msis l'observation démontre que des matières septiques, en petite quantité, peuvent être tolérées par le péritoine.

D'autre part, il est impossible de nier la gravité de la laparotomie, surtout lorsqu'il s'agit d'une laparotomie exploratrice exigeant de longues recherches dans toute l'étendue de la cavité abdominale.

En résumé, pour M. Berger, la laparotomie exploratrice est peu admissible, à cause de l'extrême gravité de cette opération; il est constant, d'ailleurs, que des plaies pénétrantes par balles de revolver sont susceptibles de guérison spontanée. D'où il résulte qu'il convient de garder, dans le traitement des plaies pénétrantes de l'abdomen, une grande réserve et de n'intervenir que lorsqu'on a de très fortes raisons de le faire.

— M. Léon Le Fort présente une pièce pathologique constituée par des fractures multiples du bassin et une luxation sacro-iliaque d'un côté.

— M. Berger présente un malade qu'il a opéré avec succès d'une tumeur blanche du pied, par l'amputation ostéo-plastique d'après la méthode de M. Léon Le Fort.

— Dans le courant de la séance, la Société de chirurgie a procédé à l'élection d'un membre titulaire.

La commission présentait : en première ligne, M. Prengrueber; en deuxième ligne, M. Routier; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Brun, Delorme et Jalaguier.

M. Prengrueber a été élu au deuxième tour avec 19 voix. — A. T.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 27 avril 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Tubage du larynx dans le croup. — Hémiathétose sans paralysie ni atrophie. — Anévrysme de l'artère crurale traité par la méthode de Baccelli. — Guérison d'abcès tuberculeux par l'huile de foie de morue.*

M. d'Heilly, après avoir retracé l'historique du tubage du larynx proposé en 1858 par M. Bouchut, repoussé par Trousseau, oublié jusqu'en 1880 et repris alors par O'Dyer (de New-York) qui a réussi à le faire adopter par la plupart de ses compatriotes, dit que, d'après trois statistiques américaines représentant un total de 2,519 cas, la moyenne des succès est de 26 p. 100, moyenne au moins égale et plutôt supérieure à celle que donne la trachéotomie.

M. d'Heilly a pratiqué le tubage à l'hôpital Trousseau dans 13 cas de croup, avec l'appareil instrumental de O'Dyer. Il a opéré dans les mêmes conditions où se fait la trachéotomie : dyspnée continue, tirage sus et sous-sternal, asphyxie commençante. Le plus jeune opéré avait 19 mois, le plus âgé 4 ans. Deux étaient dans un tel état de misère physiologique qu'ils auraient succombé de toute façon. Sur les 11 restants, il

©BIU Santé

y a eu 2 guérisons chez des enfants de 2 ans et de 2 ans 1/2. Le tube est resté en place six et sept jours.

Les avantages du tubage sont de s'accomplir facilement et sans effusion de sang, de ne pas exposer aux accident imprévus qui peuvent surgir au cours de toute trachéotomie même entre les mains les plus habiles. La canule est bien supportée, le soulagement obtenu est instantané, et l'air ne pénètre plus froid dans les voies aériennes comme après la trachéotomie.

Les inconvénients sont l'obturation fréquente de tube par les fausses membranes; il ne faut pas trop compter, comme le font les Américains, sur l'expulsion simultanée du tube et des fausses membranes, quand le tube s'est bouché; M. d'Heilly a toujours vu qu'il fallait en pareil cas retirer en toute hâte le tube pour le déboucher et le replacer. Le principal inconvénient est la gêne de la déglutition, principalement pour les aliments liquides, les seuls malheureusement que les enfants atteints de croup prennent sans répugnance. La dysphagie entraîne souvent la production de broncho-pneumonies par introduction de parcelles alimentaires dans les voies aériennes (broncho-pneumonie dite de déglutition). Le plus prudent est d'alimenter les enfants soumis au tubage dès le début et systématiquement avec une sonde en caoutchouc par la voie nasale.

M. d'Heilly résume sa communication en disant que le tubage lui paraît indiqué :

1° Chez les tout jeunes enfants, auxquels la trachéotomie offre si peu de chances et qui résistent si mal aux pertes de sang;

2° Dans les croups légers, *paraissant* devoir rester tels, et pour lesquels la trachéotomie est une opération proportionnellement bien grave;

3° Inversement, dans les cas de diphthéries toxiques, où le malade est dépourvu de toute résistance, et incapable de supporter la trachéotomie;

4° Dans les croups secondaires à la rougeole et qui ne donnent jamais de succès par la trachéotomie; le tubage, dans ces cas, offre peut-être une chance;

5° Enfin, d'une manière générale, dans tous les cas où la trachéotomie est impossible ou dangereuse.

M. d'Heilly ajoute que le tubage est probablement perfectible, tandis que la trachéotomie semble avoir donné, dès le jour où Bretonneau et Trousseau l'ont vulgarisée, tout ce qu'on en peut attendre.

— M. Renault rapporte l'observation d'une jeune fille de 16 ans qui, au cours d'une fièvre typhoïde à l'âge de 4 ans, a eu une hémiplégie gauche, sans convulsions préalables; trois semaines plus tard se montraient des mouvements athétosiques, qui, bien qu'atténués, persistent encore. La face est absolument normale, mais la main gauche est agitée de mouvements variés qui s'opèrent avec lenteur et rappellent la comparaison connue avec les tentacules du poulpe. La main est souvent cyanosée et froide; le membre tout entier est plus court que celui du côté opposé. Le pied gauche est aussi animé de mouvements athétosiques, mais la marche n'est pas entravée. Les mouvements anormaux cessent quand on ne regarde plus la malade.

Il n'existe aucun trouble de la sensibilité.

M. Renault pense que l'athétose a eu pour origine une encéphalite partielle survenue pendant la fièvre typhoïde, et attesta une fois de plus la relation entre l'hémiplégie spasmodique infantile et les maladies infectieuses. La lésion siège probablement au niveau du noyau intra-ventriculaire du corps strié, comme l'autopsie l'a fait voir à M. Landouzy dans un cas cliniquement semblable.

— M. Bucquoy a eu dans son service une femme de 33 ans qui, dix-sept jours après un quatrième accouchement, ressentit dans la région inguinale gauche de vives douleurs, expliquées peu après par la constatation d'un anévrysme de l'artère crurale gros comme une pomme d'api. L'auscultation révélait un rétrécissement avec insuffisance de l'orifice aortique. M. Tillaux consulté ne crut pouvoir pratiquer la ligature de l'iliaque externe, supposant d'après la lésion cardiaque que tout le système artériel pouvait être malade.

M. Bucquoy essaya donc la méthode de Ciniselli (électro-puncture). Mais les deux premières séances furent si douloureuses qu'il préféra recourir à la méthode de Moore (introduction d'un fil de fer flexible), qui a été essayée impunément, paraît-il, pour les ané-

vrysmes de l'aorte. L'introduction n'ayant pu se faire, il employa la méthode de Baccelli, qui introduit un fin ressort de montre en acier dans la poche; l'introduction de ces corps étrangers a pour but de provoquer la formation de caillots. On n'arriva à faire pénétrer que quelques centimètres. Les résultats parurent localement assez favorables d'abord; les douleurs et les battements diminuèrent et des indurations se manifestèrent en quelques points de la poche. Mais à un moment donné se produisit une hémiplégie droite avec aphasie, cécité verbale complète, sans surdité verbale. Deux mois après, la malade succombait à un accès éclamptique sans avoir eu d'albuminurie.

L'autopsie montra l'existence d'une endocardite végétante des sigmoïdes aortiques et endartérite de l'origine de l'aorte. L'anévrysme crural contenait quelques caillots actifs qui ne paraissaient pas groupés particulièrement autour des fragments d'acier, ceux-ci étant seulement couverts en partie d'une légère couche de fibrine. Le sac communiquait avec l'artère par un orifice très étroit en partie oblitéré par un caillot fibrineux.

Dans le cerveau, on trouva à gauche un ramollissement cortical du lobule de l'insula, des deux premières temporo-sphénoïdales, de l'extrémité inférieure de la frontale ascendante, du pli sourcilier et du pied de la seconde frontale. La sylvienne était atrophiée, oblitérée, mais non embolisée.

Au point de vue pathogénique, on peut admettre que la production de l'anévrysme s'explique par la projection dans l'artère crurale d'un fragment embolique devenu le point de départ de la formation de la poche; l'embolie s'accorde bien avec la brusquerie et les douleurs du début. On voit assez souvent les anévrysmes coïncider avec une affection organique du cœur.

Malgré la tendance du jour à considérer toute endocardite ulcéreuse ou végétante comme microbienne, M. Bucquoy répugne à admettre la nature infectieuse dans ce cas à cause de l'absence complète de symptômes généraux de septicémie.

Au point de vue des localisations cérébrales, il faut noter l'absence de surdité verbale, malgré une destruction considérable des deux premières circonvolutions temporo-sphénoïdales.

Les résultats constatés dans la poche seraient assez encourageants pour tenter à nouveau la méthode de Baccelli pour des anévrysmes périphériques. Mais M. Bucquoy n'en est pas partisan pour les grands anévrysmes de l'aorte thoracique.

— M. Bucquoy a présenté aussi un malade qui, après avoir été couvert d'abcès tuberculeux — la nature tuberculeuse étant prouvée par des inoculations positives, bien qu'on n'eût pas trouvé de bacilles dans le pus — a guéri presque complètement par l'usage de l'huile de foie de morue, après que les injections d'éther et de vaseline iodoformés avaient échoué de même que les préparations phosphatées et arsenicales.

M. Rendu fait remarquer que c'est dans les parois des abcès tuberculeux, et non dans le pus, qu'il faut chercher les bacilles. — P. L. G.

FORMULAIRE

Traitement de la blépharite pityriasique. — A. Trousseau.

La blépharite pityriasique se reconnaît à la présence de lamelles épidermiques. — Pendant 20 minutes, matin et soir, on applique sur les paupières des compresses tièdes trempées dans le liquide suivant : Eau 350 grammes, sous-acétate de plomb liquide 3 grammes. — Le soir on enduit les paupières avec une pommade contenant 1 gramme d'oxyde jaune de mercure pour 10 grammes de vaseline. — S'il existe des démangeaisons, plusieurs fois par jour, on pratique des onctions avec une pommade composée de 10 grammes de résorcine pour 10 grammes de vaseline. — Le même traitement est applicable à la blépharite hypertrophique. — N. G.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Exposition universelle de Barcelone. — On nous prie d'annoncer que par l'initiative du Conseil général de l'exposition universelle de Barcelone, il a été constitué une commission chargé d'organiser deux Congrès scientifiques, l'un de médecine, l'autre de pharmacie, qui se tiendront dans cette ville du 9 au 15 septembre 1888. Le but de ces Congrès sera l'étude des questions importantes de la science. La commission a dressé un programme qui servira de base à la discussion, sans exclure cependant les lectures et communications que les membres des Congrès désireraient introduire sur tout autre sujet rentrant dans les travaux du Congrès.

COURRIER

— M. le docteur Garaud est nommé médecin-adjoint au lycée de Saint-Etienne, en remplacement de M. le docteur Couturier, appelé à d'autres fonctions.

— M. le docteur Morel est nommé médecin du lycée du Puy, en remplacement de M. le docteur Vibert, décédé.

Les antivivisectionnistes. — La ligue antivivisectionniste avait organisé à Lyon une conférence hostile à M. Pasteur. Cette conférence a rencontré une vive opposition parmi les étudiants des Facultés de Lyon, qui ont adressé à M. Pasteur le télégramme suivant :

« Paris-Lyon, 22 avril, 5 h. 30 du soir.

« Les étudiants lyonnais, heureux d'affirmer leur attachement à leur illustre et patriotique maître, injurié et insulté par la ligue antivivisectionniste, se sont réunis en assemblée et lui envoient l'expression de leur admiration et de leur respect.

« Les étudiants lyonnais. »

M. Pasteur a répondu par ce télégramme :

« M. Pasteur remercie cordialement de leur télégramme les étudiants de l'Université lyonnaise, et les félicite de juger à sa valeur le ridicule de la ligue antivivisectionniste.

« Pasteur. »

Assassinat d'un médecin. — Le docteur Rulié, sorti de l'armée et établi comme médecin civil à Tlemcen, depuis plus de vingt ans, vient d'être assassiné par son fermier qui, caché derrière un pan de mur, lui a tiré à bout portant un coup de fusil dans la région du cœur, et s'acharnant ensuite sur son cadavre, lui a déchargé six coups de revolver dans la tempe.

Notre regretté confrère laisse une veuve et trois petits orphelins dans la plus navrante détresse.

Ses amis, se faisant l'écho des sympathies de la population et de la reconnaissance publique, se sont spontanément rencontrés dans la généreuse pensée d'ouvrir une souscription en faveur de sa malheureuse famille. Il se sont, en conséquence, constitués en comité de souscription et poursuivent actuellement l'œuvre charitable dont ils ont pris l'initiative. (*Concours médical.*)

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bourgade de la Dardye (de Clermont-Ferrand).

L'ÉMULSION MARCHAIS est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. A. Morel-Lavallée : Syphilis héréditaire tardive. — II. Bibliothèque : Manuel d'antisepsie chirurgicale. — Etude médico-légale sur les blessures produites par les accidents de chemin de fer. — III. Revue des journaux : Emploi de la quinine dans le traitement de la blennorrhagie. — Injections sous-cutanées d'ammoniaque dans les cas d'alcoolisme aigu. — Stérilité. — Grossesse. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — V. Variétés : Inauguration de la nouvelle Faculté de médecine de Bordeaux. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Syphilis héréditaire tardive.

Les pseudo-tumeurs blanches syphilitiques. — Quelques considérations sur les exostoses.

Par A. Morel-Lavallée,

Chef de clinique de la Faculté de l'hôpital Saint-Louis.

Sous le nom de *syphilis héréditaire tardive*, on englobe deux ordres de faits : 1° Ceux dans lesquels la syphilis, pendant de longues années latente et ignorée, se révèle soudain plus tard dans un organisme jusque-là sain ou réputé tel (1) ; — et 2° ceux où la maladie, après s'être normalement montrée dès les premiers temps de la vie, épargne l'existence de sa victime, mais la poursuit (à intervalles variables) des diverses manifestations du tertiarisme, et cela jusque dans l'adolescence ou même plus tard encore.

C'est dans cette dernière catégorie que rentre l'enfant dont M. le professeur Fournier nous a engagé à exposer l'histoire.

Antécédents de famille. — Le *père*, buveur, était lors de son mariage porteur de plaques blanches dans la bouche ; il les brûlait fréquemment à la pierre infernale. Il avait alors 24 ans.

La *mère*, indemne jusqu'à son mariage, n'a jamais présenté d'accidents ni de stigmates spécifiques (1885)... Pas de déformations osseuses, les deux incisives latérales supérieures font défaut.

En 1872, a lieu leur mariage.

En 1873, naissance, à terme, d'une fille qui mourut au bout de 2 mois, ayant présenté du coryza, des ulcérations buccales et périanales. — Elle aurait contagionné sa nourrice.

En 1874, naissance d'un deuxième enfant (notre malade). Puis nous trouvons successivement : 3° une fille, à terme, bien portante encore en 1885, n'ayant jamais, jusqu'à sa neuvième année, présenté d'accident spécifique ; 4° une fausse-couche de six mois (1882) ; 5° une grossesse normale, touchant à son terme (octobre 1887).

Arrivons à notre petit malade : Il est nourri par sa mère ; à l'âge de deux mois, apparaît aux pieds et aux mains une desquamation accompagnée de crevasses et de peu de durée.

A six mois, éruption généralisée de boutons croûteux ; un médecin qui les vit ordonna des pilules à la mère.

Jusqu'à 4 ans, rien autre à noter qu'une diarrhée intermittente et tenace.

(1) Par exemple, apparition d'une syphilide gommeuse du pharynx chez un sujet de 16 ou 18 ans jusque-là indemne de toute maladie ou simplement scrofuleux.

©BIU Santé

A 4 ans, maladie d'yeux qui entraîna une « cécité » de plusieurs mois et laissa des vestiges ainsi appréciés par M. Trousseau : « Dépôts sur la cristalloïde antérieure, consécutifs à des synéchies, traces d'iritis ancienne ; un type d'iritis hérédo-syphilitique » (1).

Depuis lors, tous les hivers il eut des maux de gorge et des écrouelles cervicales dont il porte les marques.

A 10 ans (1884), maux de gorge et enflure du nez, vus par un médecin qui fit des cautérisations et prescrivit de l'iodure. La mère constata alors deux perforations au palais, et les liquides revenaient par le nez ; mais il a dû y avoir des gommes multiples du voile, vu les cicatrices de ce dernier, dont le bord libre est irrégulier, déchiqueté, réticulé (offrant l'aspect des colonnes charnues du cœur) et adhérant en arrière au pharynx, qui lui-même porte la cicatrice froncée d'une nappe ulcéreuse.

De tout cela il n'est resté aucune perforation ; les liquides ne reviennent plus par le nez, et la voix n'est pas trop nasonnée.

Mais il existe encore, un an après, un écoulement nasal très prononcé et fétide.

Vu à cet époque à la clinique de Saint-Louis, l'enfant est soigné pour son nez, qui est déformé à la racine et douloureux, tandis que tous les ganglions péri-maxillaires sont engorgés.

Au dire de l'enfant, il aurait été soigné vers le même temps pour des fistules lacrymales et on lui aurait passé des sondes de chaque côté. Il n'est toutefois pas certain qu'il ait eu autre chose que des ostéites de l'unguis qui ont donné lieu à un trajet fistuleux, non fermé en décembre 1887.

Le 13 décembre 1887, l'enfant entre pour la deuxième fois à Saint-Louis. Indépendamment des stigmates dus aux affections ci-dessus mentionnées, nous constatons : 1° une atrophie des testicules, déjà vue en 1885 ; 2° une cicatrice à la cuisse gauche, consécutive à une brûlure faite à l'âge de 10 ans. — La dentition de l'enfant a été régulière, non retardée.

Il n'avait jamais eu d'exostoses avant celles qui l'amènent actuellement. Depuis cinq à six mois, il se plaint de ressentir dans les membres inférieurs des douleurs vives, intermittentes, empêchant souvent le sommeil, s'exaspérant par la station debout trop prolongée. Or, les tibias présentent en effet les lésions suivantes :

Tibia gauche : Tuméfaction arrondie, lisse, longue de 6 à 7 centimètres, siégeant à la partie moyenne de la face interne, qui est élargie à ce niveau. — Tibia droit : Son tiers supérieur est le siège de la déformation dite « en lame de sabre » : incurvation à convexité antérieure, avec augmentation de volume de l'os et aplatissement latéro-transversal. En outre, toute la largeur de la face interne est hyperostosée sur une hauteur de 5 à 6 centimètres.

Le début de ces lésions osseuses s'est fait insensiblement ; elles ne sont devenues douloureuses qu'une fois parvenues à un certain dégré de développement. La pression à leur niveau est possible. L'exploration attentive du squelette nous montre l'existence d'une exostose analogue tout à fait ignorée du malade, — vu son indolence et son siège, — et occupant la branche horizontale gauche du maxillaire inférieur, lequel est à cet endroit émoussé et arrondi.

Mais ce qui de beaucoup attire le plus l'attention chez notre petit malade, c'est la déformation et l'immobilité relative de son coude droit ; le membre supérieur est porté en écharpe, vu l'intensité de la douleur provoquée, qui disparaît au repos. L'avant-bras est fléchi à 45° sur le bras, et cela d'une façon permanente ; tout mouvement provoqué arrache des cris, l'extension étant absolument impossible, tandis qu'on peut, tant soit peu, augmenter la flexion. Le coude est tuméfié dans son ensemble, en forme de fuseau s'effilant en haut et en bas, l'extrémité inférieure étant de beaucoup la plus volumineuse. Bref, l'aspect objectif est exactement celui d'une tumeur blanche en voie d'ankylose.

Cependant il n'y a *ni œdème, ni gonflement apparent des parties molles* ; de plus, on arrive, par une palpation attentive, à découvrir que la lésion est exactement limitée à une hyperostose du cubitus portant sur son tiers supérieur, mais principalement sur l'olé-

(1) Il existe, en outre, un strabisme interne unilatéral, probablement fort ancien.

crâne, dont le développement s'oppose à l'extension, tandis que l'apophyse coronoïde est peut-être également empêchée, bien qu'à un moindre dégré, d'entrer dans la cavité olécranienne de l'humérus.

Ce dernier os, au contraire, n'est aucunement intéressé, et il en est de même du radius, dont on sent la tête rouler en liberté sous le doigt.

A signaler encore, à l'angle interne de l'œil gauche, une fistulette ayant sans doute pour point de départ une altération ancienne de l'unguis.

Traitement. — Pil. protoiodure, 0,05 ; K I = 2 gr.

Huit jours après, la tuméfaction du coude a diminué, les douleurs y sont nulles, quelques mouvements devenus possibles. — Au bout de trois semaines, la flexion et l'extension sont possibles à leur maximum, mais l'hyperostose est encore énorme, surtout au-dessous de l'olécrâne ; on peut plus aisément s'assurer de l'intégrité de l'humérus.

Les tibias ont peu diminué, mais ils sont indolents. — La fistulette de l'unguis est tarie et bouchée par une croûte, le maxillaire reprend sa forme normale.

Deux mois après (13 février 1888), toutes les hyperostoses continuent à décroître, mais les parties osseuses qui ont été intéressées restent volumineuses et déformées en masse dans leur configuration générale ; le bord du maxillaire reste arrondi, le tibia mamelonné.....

Ainsi voilà un malade qui éprouve au bout de deux mois d'existence les premières atteintes de la syphilis, qui à mainte reprise est frappé par elle à des intervalles inégaux, et qui, vraisemblablement atteint encore à l'âge de 13 ans, n'est pas au bout de ses épreuves de ce côté. Il est de ceux pour qui semble se justifier cruellement la pittoresque définition de M. Fournier : *la syphilis pourrait être considérée comme un état de santé interrompu à intervalles inégaux par des périodes de maladie.....* — Heureux seulement ceux pour qui les entr'actes morbides n'occupent qu'une courte partie de la durée de la vie! Or, cela ne paraît même pas être le cas de notre malade, dont l'histoire pathologique, déjà longue, peut se résumer ainsi :

1re année ; Psoriasis palmaire et plantaire. Syphilides papulo-croûteuses disséminées.

1 à 3 ans : Diarrhée athrepsique (1).

4e année : Double iritis, synéchies. Début de kératites interstitielles.

5 à 9 ans : Angines. Ecrouelles cervicales.

10e et 11e années : Gommes multiples du palais. Ostéite nasale et intra-nasale. Ozène.

13e année : Exostoses multiples. Pseudo-tumeur blanche du coude.

Cette dernière sorte de lésions (la pseudo-tumeur blanche) mérite de fixer un instant l'attention à plusieurs points de vue :

1° Elle simule d'une façon parfaite la tumeur blanche tuberculeuse ou blennorrhagique (comme forme et apparence tout au moins, mais sans altération de l'aspect et de la coloration des téguments. FOURNIER.) (2)

(1) Il convient d'ajouter à ce triste tableau l'atrophie testiculaire.

(2) Il est cependant des cas où la ressemblance est absolue, tant comme aspect objectif que comme lésions macroscopiques ; c'est lorsque le mal, méconnu dans sa nature et son essence, a évolué jusqu'à la nécrose et à la formation de séquestres éliminés par des trajets fistuleux, lesquels se terminent par des adhérences cicatricielles ostéo-cutanées froncées, déprimées et parfois pigmentées ; mais alors le processus a été plus loin que l'exostose. Ces faits, rangés autrefois sans conteste dans le groupe des scrofulides osseuses, ressortissent à l'hérédo-syphilis, ignorée ou non, du squelette. — Au point de vue particulier qui nous occupe, si on a pu les prendre pour des caries tuberculeuses, ils simulent rarement la tumeur blanche, — l'arthrotuberculose — parce que la syphilis frappe rarement *à la fois* les deux épiphyses juxta-articulaires.

©BIU Santé

2° Elle constitue une des plus intéressantes variétés des arthropathies spécifiques.

3° Elle respecte la règle suivant laquelle les syphiloses du squelette épargnent les synoviales et ne retentissent que secondairement sur les jointures :

a) Soit que l'articulation subisse un épanchement du fait de la congestion spécifique des épiphyses ;

b) Soit que la jointure se trouve frappée d'impotence fonctionnelle par suite des déformations des parties périphériques, — principalement osseuses, — ce qui était le cas ici.

4° Comme on l'observe d'ordinaire dans les arthropathies ou mieux dans les ostéopathies juxta-articulaires spécifiques, l'une des extrémités osseuses est prise d'une façon prépondérante ou exclusive (le tibia plutôt que le fémur — le cubitus plutôt que l'humérus). Ainsi est-il arrivé dans notre observation.

Presque à la même époque un cas exactement analogue se présentait dans le service de M. Fournier ; mais, cette fois, il s'agissait d'une syphilis acquise. Le voici en deux mots, d'après les notes qu'a bien voulu nous remettre M. Hudelo, interne du service.

B... (Pierre), 25 ans, plombier, entre le 14 janvier 1888. Il a eu deux chancres indurés en octobre 1883.

Deux mois après, éruption secondaire intense.

1884-1885. — Plaques muqueuses par intervalles.

1885. — Eruption cutanée pendant quinze jours.

Octobre 1887. — Syphilides tuberculeuses discrètes à l'épaule.

Novembre. — Douleurs de plus en plus vives dans les mouvements du coude droit ; bientôt, elles persistent même au repos, surtout la nuit ; puis le coude se tuméfie et l'impotence fonctionnelle s'accentue.

15 janvier 1888. — Intumescence fusiforme du coude droit, les lésions portant, semble-t-il, exclusivement sur l'extrémité supérieure du cubitus (la largeur transversale de l'olécrâne est doublée) ; le radius et l'humérus ne présentent rien d'appréciable.

Tandis que la pronation et la supination sont possibles, les mouvements d'extension et de flexion sont bridés et oscillent aux environs de la demi-flexion. On peut, par moments, sentir butter les saillies hypertrophiées du cubitus à l'entrée des cavités inféro-humérales.

Pas d'autres exostoses ; pas de céphalalgie : aucune autre lésion spécifique.

3 février. — Syphilides érosives discrètes de la rainure glando-préputiale (1).

La diminution progressive du volume du cubitus est aujourd'hui tellement accentuée que la palpation et la pression ne perçoivent plus de saillies anormales ; seulement, l'extension complète n'est pas encore possible.

14 février. — Extension actuellement parfaite ; mais la portion postéro-supérieure du cubitus reste gonflée et convexe, au lieu d'être rectiligne et anguleuse.

Ce malade est facile à rapprocher du jeune Charp..... (Louis), qui faisait l'objet de notre première observation. Nous laissons au lecteur le soin de comparer ces deux cas ; mais nous croyons devoir insister un moment sur quelques points de l'histoire des exostoses syphilitiques, histoire connue à la vérité, mais qui n'est pas également familière à tous ou, au même degré, présente à l'esprit.

(1) Plaques muqueuses *dans la cinquième année* de la syphilis ; — fait qui n'a rien d'extraordinaire, surtout chez un sujet qui n'a jamais fait que le traitement « opportuniste ».

Les exostoses peuvent se montrer à tout âge de la syphilis (1); on en voit fréquemment plusieurs chez le même sujet, qu'elles se présentent concurremment, ou à intervalles espacés. Souvent même elles récidivent *in situ* (2), surtout lorsque la résorption n'a pas été intégrale.

C'est que chaque individu réagit à sa façon devant la syphilis et conserve ordinairement le même mode réactionnel; ainsi tel qui n'a eu pendant plusieurs années comme accidents spécifiques que des syphilides tuberculeuses n'aura souvent, lors de poussées ultérieures de l'infection, que des syphilides tuberculeuses. De même un homme qui aura été à plusieurs reprises affecté d'ostéopathies fluxionnaires restera longtemps sujet aux déterminations de la vérole sur le squelette. Celles-ci, en outre, seront fréquemment multiples, semble-t-il, s'il en a été ainsi lors des poussées antérieures; et il ne sera pas rare de les voir intéresser les os aux mêmes places, soit qu'il y ait là des causes d'appel permanentes ou des foyers virulents mal éteints, soit simplement que la syphilis tende ici à garder un mode d'évolution constant dans un organisme donné.

La douleur est un symptôme des plus variables dans la lésion qui nous occupe. Telle exostose tibiale ou frontale de volume minime sera horriblement douloureuse, sensible au point de ne pouvoir supporter le frôlement du drap, alors que des hyperostoses volumineuses, en masse, de tout un segment du squelette, n'occasionneront qu'une douleur tolérable et pouvant même n'exister qu'à l'occasion des mouvements. Nous avons souvent entendu notre cher et excellent maître, M. le professeur Fournier, insister sur ces différences encore inexpliquées.

Ce serait une erreur de croire que toutes les exostoses tertiaires rétrocèdent et se résorbent *entièrement* sous l'influence du traitement spécifique. Le contraire est d'observation fréquente, surtout quand le traitement n'a pas été institué dès le début de ces affections. Ce que l'on voit, grâce à l'emploi de l'iodure, et, dans les cas rebelles, du mercure sous forme de frictions, c'est ceci : les douleurs, quand elles existent, deviennent supportables, puis disparaissent; le volume de l'os hyperplasié diminue rapidement les premiers jours, puis il reste longtemps, sinon pour toujours, stationnaire; mais, ordinairement, l'amélioration a été suffisante pour amener la cessation des troubles fonctionnels.

Si le pronostic des exostoses est ordinairement bénin, il s'en faut cependant qu'on soit autorisé à ne voir en elles que des incidents pathologiques sans importance : outre que ce fait d'avoir présenté une fois des lésions de ce genre, surtout si elles ont été multiples et de longue durée, constitue jusqu'à un certain point, nous l'avons dit, une présomption en faveur du retour possible d'accidents similaires, il peut arriver que le processus fluxionnaire auquel sont dues les exostoses détermine, par suite de ses localisations sur les épiphyses, des désordres articulaires deutéropathiques dont la curabilité ultérieure est éminemment variable. Le « rhumatisme

(1) Dans la période secondaire, ce sont plutôt des *périostoses* (Jullien), c'est-à-dire que le processus hyperplasique est limité au périoste et à la couche sous-jacente.

(2) Ces récidives sur place s'accusent par un rappel de la douleur, de la sensibilité au point malade, et par un surcroît de tuméfaction souvent plus appréciable au palper qu'à la vue; il est rare que l'accroissement de volume de l'os soit aussi considérable que lors de la première atteinte; peut-être faut-il ici tenir compte de ce que le malade, instruit par des souffrances antérieures et encouragé par de précédents succès thérapeutiques, vient en général de bonne heure recourir au traitement?

©BIU Santé

secondaire », au lieu de se manifester par des ostéalgies à grand fracas, peut ne se produire que par de légères hydarthroses de cet ordre qui, silencieuses et latentes, demanderaient à être dépistées pour être vues du médecin; mais elles n'en marquent pas moins le point de départ d'une série de troubles locaux (craquements, faiblesse de la jointure, etc.) dont on recherchera plus tard en vain l'origine dans le tempérament arthritique ou rhumatismal du sujet (FOURNIER), et auxquels les salicylates, les alcalins ou les eaux sulfureuses ne seront alors que d'un faible secours.

Enfin, il pourrait se présenter tel cas où le gonflement osseux, se produisant sur la paroi d'une cavité splanchnique, amènerait par compression des désordres menaçants pour l'existence (1). Il serait donc dangereux de considérer des ostéo-périostoses, même légères, comme ressortissant à la catégorie d'accidents syphilitiques bénins et banals auxquels pourraient se croire en droit de refuser le bénéfice du mercure les adeptes du « traitement opportuniste ».

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL D'ANTISEPSIE CHIRURGICALE, par le docteur TROISFONTAINES, Paris, Steinheil, 1888.

L'auteur le dit lui-même dans les premières lignes de sa préface, il a écarté de son sujet tout ce qui n'a pas un intérêt pratique ou n'appartient pas directement à son cadre.

Fidèle à son programme, après une courte introduction contenant d'intéressants renseignements statistiques, il étudie les substances antiseptiques en donnant pour chacune d'elles les avantages, les inconvénients et le mode d'emploi. Les chapitres suivants sont consacrés à l'étude des précautions antiseptiques générales et à la description des ustensiles des pansements : fils à ligature, drains, tissus protecteurs, matériaux absorbants, etc.

Dans l'exposé de quelques pansements antiseptiques, M. Troisfontaines montre ses préférences pour le pansement sec à l'iodoforme et les lavages avec les solutions de sublimé.

La deuxième partie est consacrée à l'étude de l'application des pansements aux différentes plaies et aux opérations qui peuvent se présenter dans la pratique du chirurgien, et se termine par un appendice sur l'antisepsie chirurgicale. — P. C.

ETUDE MÉDICO-LÉGALE SUR LES BLESSURES PRODUITES PAR LES ACCIDENTS DE CHEMIN DE FER, par le docteur Ch. VIBERT. — Paris, J.-B. Baillière, 1888.

Après avoir décrit la nature, le siège et l'évolution des blessures, l'auteur étudie les troubles de la santé générale sans relation directe avec les blessures : insomnie persistante, tremblement musculaire, émotivité, etc. Il est possible que la violente impression psychique ressentie joue un grand rôle dans le développement des désordres cérébraux que l'on observe plus tard. Ces accidents cérébraux sont souvent fort graves : ce sont la commotion cérébrale, puis des troubles intellectuels qui peuvent se combiner avec des troubles de la sensibilité, de la motilité et de la santé générale; le pronostic peut être fort mauvais.

(1) Il est fait ici allusion à un cas observé en 1887, dans le service de M. le professeur Fournier, et dans lequel une compression de la veine cave supérieure ou de ses branches — qui a mis pendant quinze jours une jeune femme en danger de mort — semble avoir eu indubitablement pour cause une exostose intra-thoracique (rétro-sternale?) — Sera publié.

Nous recommandons la lecture des pages consacrées à l'exposé des moyens permettant d'établir ce pronostic, les conséquences de la décision du médecin légiste pouvant être de la grande importance.

De nombreuses observations tirées de la pratique de l'auteur complètent ce mémoire important qui est le premier travail de ce genre fait dans notre pays. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Emploi de la quinine dans le traitement de la blennorrhagie. — Le docteur Silva recommande de donner trois ou quatre fois par jour, en injections, une solution au centième de chlorhydrate de quinine chauffée à 40° C. Si la sensibilité du malade est très vive, on ajoute une petite quantité de cocaïne. Avec ce traitement, assure-t-on, les cas aigus sont guéris dans l'espace de huit à vingt jours ; les cas chroniques réclament un traitement plus long. — Le docteur Ledetsch a recours à une solution d'après la formule suivante : bisulfate de quinine, une partie ; glycérine, 25 parties ; eau distillée, 75 parties. Il prescrit cette injection d'abord trois fois par jour, ensuite deux fois, puis une fois seulement (*New-York medical Abstract*, décembre, 1887). — R.

Injections sous-cutanées d'ammoniaque dans les cas d'alcoolisme aigu. — Le docteur Glinsky recommande d'injecter sous la peau un mélange formé par une partie d'ammoniaque avec deux à six parties d'eau pour combattre l'alcoolisme aigu. Il a vu un malade dans un état comateux alcoolique revenir à lui complètement dans l'espace de trois minutes à la suite de cette injection sous-cutanée. Une rougeur érysipélateuse se manifeste autour de la piqûre au bout de deux ou trois minutes, et une légère douleur le lendemain matin (*The med. Rec.*, 21 janv. 1888). — R.

Stérilité. — Le *Boston med. and surg. Journ.*, du 26 janvier 1888, enregistre l'extrait suivant d'une étude du docteur F. A. Kehrer sur l'intéressant sujet de la stérilité. Plus souvent qu'on ne le croit généralement, c'est du côté du mari qu'il faut chercher la cause de la stérilité dans beaucoup de ménages. Cette opinion résulte de l'examen du sperme dans quatre-vingt seize cas. Dans trois pour cent des cas observés il y avait impossibilité d'accomplir la copulation, et chez tous ces sujets on constatait l'influence de la masturbation ; ces hommes étaient soumis à des pollutions fréquentes, ou tourmentés par une éjaculation prématurée avant l'intromission complète du pénis. Dans les cas de ce genre, dit l'auteur, la conception est possible si l'on a soin d'introduire un spéculum cylindrique avant la tentative de coït ! Il paraît que dans plusieurs cas, cette manœuvre a été suivie de succès. — Chez trente pour cent des maris examinés dans le cas de stérilité conjugale, on put constater l'azoospermie, et alors il y avait généralement des antécédents de blennorrhagie, avec orchite simple ou double. L'auteur accorde une grande importance à l'occlusion des conduits éjaculateurs, par suite d'une prostatite blennorrhagique. Il a observé aussi l'azoospermie sans aucune maladie antérieure et sans rien d'anormal appréciable dans l'état des organes génitaux. L'oligozoospermie existait chez onze pour cent des sujets qu'il a observés dans la circonstance indiquée, et il y avait des antécédents de blennorrhagie avec orchite, ou de syphilis, et ordinairement l'habitude de la masturbation. — L'auteur conclut de ces faits que les maladies des organes génitaux qui sont, chez les femmes, une cause de stérilité, sont beaucoup moins fréquentes qu'on ne le suppose en général. Il pense que ce sont les affections catarrhales qui sont les causes les plus communes de la stérilité chez les femmes, et que des bactéries, dans ces cas, détruisent l'ovule. Et il ajoute : les bactéries produisent-elles l'inflammation de la membrane muqueuse, ou bien trouvent-elles là des conditions favorables à leur développement ? — R.

Grossesse. — Un correspondant du journal anglais *The Lancet* affirme avoir toujours réussi, au moyen d'un seul vésicatoire appliqué sur les quatrième et cinquième vertèbres dorsales, à faire cesser les maux de cœur de la grossesse jusqu'à la fin de la période de la gestation, à quelque moment de cette période qu'il ait été consulté. — R.

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

Un rapport de M. Commenge sur les vaccinations faites, en 1887, dans le premier arrondissement de Paris;

Une étude de M. Delamare sur la statistique médicale du 9e corps d'armée pendant les années 1884, 1885, 1886;

Un pli cacheté de M. Peyraud (de Libourne) sur le poison rabique;

Une lettre de M. le ministre de l'instruction publique et des beaux-arts, envoyant à l'Académie un exemplaire du tableau graphique de la mortalité et des maladies dans les établissements de l'Ephorie en 1886.

— M. d'Arsonval est élu membre titulaire dans la section de physique et chimie médicale.

— M. Voisin lit une étude sur l'état physique, moral et intellectuel des détenus ayant subi l'emprisonnement cellulaire depuis dix ans et plus. Les observations ont été recueillies en Belgique, et l'auteur en conclut que l'état physique et moral des condamnés reste aussi bon que dans tout autre mode d'emprisonnement. La morbidité et la mortalité ont même diminué par rapport à ce qu'on observe dans les autres prisons. D'après l'auteur, ces bons résultats tiennent aux excellentes conditions hygiéniques et morales dans lesquelles vivent les détenus.

— Dans le but de pouvoir fabriquer elle-même l'antipyrine ou de pouvoir la mettre en adjudication, l'Assistance publique vient d'informer les chefs de service, par une circulaire, qu'elle lui donnait le nom d'analgésine, mieux approprié à ses fonctions. M. Bourgoin annonce ce fait à l'Académie, et appuie sur cette considération qu'on pourra ainsi éviter d'avoir un médicament souvent mal préparé, répandant l'odeur de la benzine et jaunissant à l'air.

— M. Lancereaux fait une importante communication sur de nouveaux faits de diabète sucré avec altération du pancréas. Se basant sur sa première communication à ce sujet, et sur les faits qu'il a pu recueillir depuis, il admet qu'une certaine forme de diabète, distincte par sa marche et ses symptômes, se trouve liée aux lésions du pancréas, et lit, comme preuve de ce qu'il avance, quatre observations suivies d'autopsies.

La maladie débute en pleine santé et se caractérise par de la polydypsie, de la polyphagie et, enfin, de la polyurie avec glycosurie; en même temps, surviennent un amaigrissement notable, une déperdition progressive des forces physiques et génitales et un changement dans le caractère des malades. Rapidement, apparaissent des désordres provenant du trouble général de la nutrition et tout particulièrement la sécheresse de la peau, la chute des ongles et des dents.

La polydypsie est intense, et M. Lancereaux a vu des malades boire jusqu'à douze et quinze litres en vingt-quatre heures; la polyphagie est parfois dévorante. A une période avancée de la maladie, on constate de la diarrhée, mais rarement les selles sont graisseuses. Dans deux cas, on a observé de vives douleurs épigastriques, qui ont conduit au diagnostic de lithiase pancréatique, justifié par l'autopsie.

Les malades rendent de trois à dix litres d'urine en vingt-quatre heures, de densité oscillant entre 1025 et 1065, de couleur jaune pâle. Son émission est souvent suivie d'un prurit génital très intense. La quantité de sucre rendue dans les vingt-quatre heures a varié de 300 à 500 grammes. L'amaigrissement toujours rapide a entraîné, chez quelques malades, une perte de 10 à 20 kilog. en trois ou quatre mois.

La peau est rugueuse et écailleuse; les cheveux tombent souvent sur plusieurs points; les dents s'altèrent au bout d'un certain temps et tombent tantôt par suite d'une gingivite expulsive, tantôt à la suite d'une carie qui débute au niveau du collet.

Les forces physiques, ainsi que les facultés génitales, disparaissent très rapidement; le caractère s'altère et l'intelligence baisse.

Après un temps variant de plusieurs mois à une année et plus, la maladie entre dans une seconde phase caractérisée par des accidents de deux ordres : les uns tiennent à une intoxication par insuffisance de l'élimination et se manifestent par de la dyspnée, du malaise et fréquemment un coma profond; les autres, dépendant de la dénutrition générale, sont la tuberculose pulmonaire ou des accidents voisins de la gangrène. M. Lancereaux a vu, 14 fois sur 20, la mort se produire au milieu de ces accidents.

La marche du diabète maigre est rapide, un pronostic très mauvais et la thérapeutique forcément pauvre. Il y a lieu de chercher à exciter l'action des glandes duodénales que l'on peut regarder comme pouvant venir en aide au pancréas altéré, et l'on doit aussi faire grande attention au régime, qui sera composé surtout de lait et d'aliments azotés. Il importe de combattre les accidents dyspnéiques et comateux par les purgatifs drastiques.

Malgré des recherches minutieuses, M. Lancereaux n'a pu trouver une cause spéciale à cette forme de diabète. Mais ses autopsies lui ont prouvé que la destruction de la glande pancréatique était la condition nécessaire à la genèse du diabète maigre avec toutes ses conséquences. Les lésions, causes de la destruction, peuvent du reste être variables, car il a trouvé la lithiase avec obstruction du canal de Wirsung, l'oblitération de ce canal sans cause connue, la stéatose lente ou aiguë comparable à celle du foie dans l'ictère grave, la sclérose avec dilatation du canal pancréatique.

On a pu rapporter des cas d'oblitération du canal de Wirsung, sans diabète grave ; cela tient à ce que la maladie n'apparaît que lorsque le pancréas est profondément altéré dans sa structure.

Il semble que l'on peut, dès maintenant, établir trois types de diabète : le premier, que l'on peut appeler gras, est pour ainsi dire constitutionnel; il débute par de l'obésité, a une marche lente, essentiellement chronique, et s'accompagne de lithiase biliaire, d'artério-sclérose et de lésions articulaires.

Le second est le diabète maigre. Le troisième, enfin, qui ne s'accompagne ni d'obésité, ni de lésion pancréatique, se rattache à un désordre des centres ou des cordons nerveux, et dépend soit d'une lésion matérielle (surtout du bulbe), soit d'une commotion cérébro-spinale intense comme, par exemple, celle qui se voit dans des accidents de chemin de fer. Cette forme tend à guérir et est la moins grave des trois.

— M. G. Sée, en son nom et au nom de MM. A. Mathieu et R. Durand-Fardel, fait connaître le résultat de ses recherches sur l'hyperchlorhydrie et l'atonie de l'estomac. Il s'est servi, comme réactifs, de la phloroglucine-vanilline, du vert brillant et enfin du perchlorure de fer phéniqué, et a pu constater, avec Reichmann, Jaworsky et Riegel, que la majorité des dyspepsies avec dilatation stomacale s'accompagne d'hyperchlorhydrie.

On observe chez les malades la pesanteur gastrique, le pyrosis, la soif vive, et surtout, c'est là le symptôme caractéristique, des douleurs épigastriques vives qui se montrent de trois à six heures après le repas, et sont souvent calmées par l'ingestion d'un peu d'aliments. Quand elles se produisent pendant la nuit, ces douleurs peuvent empêcher le sommeil. L'examen chimique permet seul d'arriver au diagnostic. Il montre que l'acidité peut aller à 2, 4 et même 6 p. 1,000. Les albuminates sont bien digérés, tandis que, au contraire, les matières amylacées sont très peu attaquées.

La forme de dilatation que décrit M. G. Sée doit être surtout traitée par de fortes doses de bicarbonate de soude, 6 à 10 grammes, données trois à quatre heures après le repas.

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national dans la première division. Le classement est établi de la manière suivante : en première ligne, M. Mordret (Le Mans); en deuxième ligne, M. Morache (Bordeaux); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Chédevergne (Poitiers), Fabre (Commentry), Niepce (Allevard), Pierret (Lyon).

P. C.

©BIU Santé

VARIÉTÉS

Inauguration de la nouvelle Faculté de médecine de Bordeaux.

Nous donnons quelques extraits d'une lettre envoyée au *Bulletin médical* par M. le docteur W. Dubreuilh, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, sur l'organisation de cette nouvelle Faculté, qui s'est faite, comme nous l'avons annoncé, le samedi 28 avril.

... Le Président de la République a été reçu à la porte de la Faculté par le recteur, accompagné des membres du Conseil des Facultés, et s'est rendu à la cour centrale en passant entre deux haies fournies par les professeurs et agrégés de toutes les Facultés de Bordeaux, les directeurs de l'enseignement secondaire, etc., etc. Dans la cour, couverte pour la circonstance, une grande estrade avait été dressée pour tous ceux qui prenaient part à la solennité. Sur les côtés étaient massés les invités et tous les étudiants des Facultés invités collectivement...

Et maintenant, après la cérémonie officielle, un banquet offert par la municipalité doit réunir de nouveau, dans la salle des concerts du Grand-Théâtre, tous ceux qui y ont pris part, et après le banquet on pourra se rendre, soit à la réception de l'Hôtel de Ville, soit au bal organisé par l'Association générale des étudiants.

Demain, comme je vous l'ai dit, nouveau banquet, offert par la Faculté de médecine, celui-ci dépourvu de tout caractère officiel ou politique. Qui s'en plaindrait?

La visite de M. Carnot à l'hôpital Saint-André s'est faite ce matin au milieu des manifestations les plus sympathiques des étudiants. Signalons dans l'assistance MM. Lannelongue, Cornil, Proust.

Le docteur Levieux, vice-président de la Commission des hospices, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

. . . . . .

Les bâtiments de la Faculté forment un trapèze dont les deux côtés obliques plus longs sont limités par les rues Paul Broca et Elie Gintrac, et dont la petite base forme la façade sur la place d'Aquitaine.

On entre par un grand vestibule qui donne accès à droite aux bureaux et au cabinet du doyen, à gauche au grand escalier et à la salle de réunion des professeurs. Puis vient un atrium, entouré d'une colonnade et pavé en mosaïque comme le vestibule, dans lequel s'ouvrent les deux grands amphithéâtres, chacun flanqué d'un laboratoire pour la préparation des cours. L'un et l'autre sont parfaitement éclairés par un plafond vitré et présentent un dispositif très complet pour la démonstration de dessins ou de projections. A droite se trouve l'amphithéâtre des cours théoriques et à gauche celui des cours de démonstration. Ce dernier, qui a été construit sur les indications de M. le professeur Bouchard, mérite une mention spéciale. La courbure très prononcée des gradins, qui forment une demi-circonférence, et leur pente très rapide font que, malgré les vastes dimensions de cet amphithéâtre, les élèves, placés aux gradins supérieurs, sont très rapprochés du professeur et peuvent voir presque aussi bien que ceux qui sont placés en bas. C'est une disposition très heureuse que j'avais remarquée dans plusieurs Facultés allemandes et qui donne au cours magistral d'anatomie une réelle utilité pratique.

Au milieu du bâtiment se trouvent la cour centrale, et, des deux côtés, les laboratoires de thérapeutique et de pathologie générale, et quatre petits amphithéâtres; puis, au fond, les trois pavillons d'anatomie et de médecine opératoire, avec les laboratoires de physiologie à droite et de médecine expérimentale à gauche.

Le laboratoire de médecine expérimentale de M. le professeur Jolyet est complètement installé. On y trouve, au rez-de-chaussée, une série de pièces affectées à la physique biologique avec tous les appareils de précision, à la chimie, aux cultures bactériologiques, aux expériences de recherches; enfin, la plus grande pièce contient des gradins qui permettent de faire, dans le laboratoire même, les cours accompagnés

d'expériences qu'il serait impossible de transporter dans les amphithéâtres communs. Dans le sous-sol se trouve une distribution analogue. On y a relégué les accessoires trop encombrants, les aquariums, un grand moteur à gaz et un chenil pour les animaux qu'on a besoin de surveiller de près.

De l'autre côté, le laboratoire de physiologie présente une distribution semblable.

Mais une des parties les plus remarquables de la nouvelle installation est l'Institut anatomique, à la disposition duquel M. le professeur Bouchard a consacré tous ses soins. Les pavillons, tapissés de grandes planches d'anatomie, avec leurs tableaux noirs, leurs tables d'ardoises à l'épreuve des acides, n'ont rien qui diffère essentiellement de ce qui se voit ailleurs ; ce qu'il y a de plus intéressant est au sous-sol. Là sont des ateliers pour le montage et la réparation des pièces sèches et autres, un appareil à congélation et les réserves de cadavres. Dans l'appareil à congélation les cadavres sont soumis à une réfrigération intense par un mélange de glace et de sel marin. Une fois congelés, on peut y faire des sections nettes en tous sens avec une scie à ruban faisant douze cents tours à la minute et actionnée par le moteur à gaz de M. Jolyet, par l'intermédiaire d'une machine de Gramm. Cette méthode, encore peu répandue de la section des cadavres congelés, permet de faire des recherches du plus haut intérêt sur l'anatomie topographique des viscères.

M. Bouchard est l'inventeur d'un procédé d'injection des cadavres qui lui permet de les conserver indéfiniment sans aucune trace de putréfaction, sans aucune mauvaise odeur... Grâce à cet ingénieux procédé, on peut faire des provisions pendant les vacances, ou quand les sujets sont abondants, de façon à n'être jamais à court durant tout l'année scolaire, quel que soit le nombre d'étudiants qui viennent travailler dans les pavillons de dissection.

Le premier étage a naturellement moins de place que le rez-de-chaussée, parce que l'atrium, les grands amphithéâtres et les pavillons d'anatomie sont vitrés à leur partie supérieure.

Sur la façade, on y trouve la bibliothèque qui est placée au-dessus du vestibule d'entrée, et le musée d'anatomie et de pathologie, divisé en deux parties situées sur les faces latérales du bâtiment. A droite, on trouve ensuite les laboratoires d'hygiène et de médecine légale, à gauche les laboratoires d'anatomie pathologique et d'histologie. Ces derniers sont contigus et même unis, car ils ont une salle de démonstration commune...

Enfin, le laboratoire d'hygiène, dirigé par M. le professseur Layet, comprend quatre pièces qui en font un véritable Institut d'hygiène, enclavé dans un plus vaste édifice.

Quant aux laboratoires de physique, de chimie et d'histoire naturelle, et aux services de pharmacie, ils sont restés dans l'ancien local de Saint-Raphaël, au moins provisoirement...

Nous souhaitons la plus grande prospérité à la Faculté nouvelle. Depuis l'impulsion féconde autrefois donnée par Elie Gintrac à l'Ecole de médecine de Bordeaux, après les développements que la Faculté a pris sous le décanat de M. Denucé et sous celui de M. Pitres, son doyen actuel, il ne reste plus à nos collègues de Bordeaux qu'à jouir de leur récent triomphe, et à dispenser largement, grâce à leur excellent aménagement, l'instruction que viennent leur demander des élèves toujours plus nombreux.

L.-G. R.

FORMULAIRE

REMÈDE CONTRE LES VERRUES. — Hermann.

Bichlorure de mercure.....	1 gramme.
Collodion.....	30 grammes.

Faites dissoudre. — Enduire avec soin la verrue avec une petite quantité de ce liquide

©BIU Santé

une fois par jour. Ce remède est plus efficace et plus commode que ceux qui ont été préconisés jusqu'alors. — N. G.

TRAITEMENT DU GOITRE PARENCHYMATEUX. — Terrillon.

On lave soigneusement, à l'alcool et à l'eau phéniquée à 5 p. 100, la peau de la région thyroïdienne. Le malade gonfle les veines superficielles du cou, afin de permettre au chirurgien de les éviter; et ce dernier plonge alors son trocart-canule profondément en pleine tumeur. S'il ne revient ni sang ni air par l'instrument, c'est qu'il est en bonne place. La canule dorée du trocart ayant été préalablement stérilisée par un séjour d'une à deux minutes dans l'eau bouillante, on injecte doucement de 0,50 centigr. à un gramme de teinture d'iode, puis on retire l'instrument, et on ferme la plaie à l'aide du collodion iodoformé. — Le gonflement qui résulte de l'injection dure 3 ou 4 jours; et après la résolution, il reste un noyau dur de tissu fibreux. — Le goître parenchymateux simple, mollasse, fluctuant, paraît être le plus favorablement modifié par ce mode de traitement. — N. G.

COURRIER

LÉGION D'HONNEUR. — Ont été nommés à l'occasion du voyage du Président de la République à Bordeaux : Officiers de la Légion d'honneur, MM. les docteurs Levieux, Pitres, doyen de la Faculté, et Millardet, professeur à la Faculté des sciences; chevalier de la Légion d'honneur, M. le docteur Plumeau, adjoint au maire; officiers de l'instruction publique, MM. les professeurs Jolyet et Vergely; officiers d'académie, MM. Carles, agrégé, et Edouard Bonie.

CONCOURS DU BUREAU CENTRAL. — Le jury définitif du concours pour la nomination à trois places de médecin du bureau central se compose de MM. Chauffard, Fernet, Hanot, Guibout, Joffroy, Gingeot et Léon Labbé.

Les juges du bureau central en chirurgie sont : MM. Trélat, Le Fort, Lannelongue, Desprès, Marc Sée, Benjamin Anger et Gouraud.

HYGIÈNE PUBLIQUE. — Le ministre du commerce et de l'industrie a, dans un rapport adressé au Président de la République, signalé l'utilité qu'il y aurait à ce que les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine devinssent les inspecteurs régionaux de l'hygiène publique. Cette innovation peut, du reste, être réalisée sans imposer aucune charge nouvelle au trésor, la dépense des allocations à attribuer à ces inspecteurs régionaux, pour leurs frais de déplacement, pouvant être prélevée sur les crédits inscrits au budget du ministère du commerce pour le personnel du service sanitaire.

En conséquence, le Président de la République a rendu le décret suivant :

« Les professeurs d'hygiène des Facultés de médecine des départements remplissent, « sous l'autorité du ministre du commerce et de l'industrie, les fonctions d'inspecteurs « régionaux des services de l'hygiène publique, chacun dans la circonscription territoriale « de la Faculté à laquelle il est attaché.

« Il correspond avec le médecin des épidémies et avec le conseil d'hygiène publique « et de salubrité de cette circonscription. »

— MM. les docteurs Boissard et Berthod commenceront un nouveau cours d'accouchements, le lundi 7 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 complet en 40 leçons.

Pour se faire inscrire s'adresser au docteur Boissard, 67, rue Saint-Lazare, ou au docteur Berthod, 17, place de la République.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. G. Sée : Des pseudo-anémiques. — III. A. Dehenne : Du traitement du blépharospasme tonique par la névrotomie sus-orbitaire. — IV. Bibliothèque : Manuel de microscopie clinique. — V. Revue des journaux : Examen de la salive comme pierre de touche dans les désordres fonctionnels du foie. — VI Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

Le cancer est il d'origine microbienne? Telle est la question posée depuis quelques années et à laquelle ont répondu déjà un assez grand nombre d'observateurs, les uns par oui, les autres par non. Les microbes, s'ils existent, ne se présentent probablement pas dans toutes les phases du cancer, ce qui expliquerait la différence si radicale constatée entre les opinions des uns et des autres; peut-être certaines condi ions sont-elles nécessaires à leur pénétration et à leur prolifération dans les tumeurs. C'est ce que M. le docteur Nepveu a recherché dans le laboratoire de la Pitié dès 1884. Il en est arrivé à penser que les microbes arrivent dans les tumeurs à la faveur de solutions de continuité, spontanées, inflammatoires, ulcéreuses ou traumatiques des téguments qui les recouvrent, ou même déterminent la pro luction des tumeurs en pénétrant dans l'organisme par les solutions de continuité du tégument et en se localisant dans les lieux anciens de moindre résistance qu'ils irritent. Ces vues ingénieuses vont, nous n'en doutons pas, faire entrer la recherche des microbes des tumeurs dans une voie nouvelle.

FEUILLETON

CAUSERIE

La multitude de Congrès qui ont eu lieu, en France et à l'étranger, depuis deux mois, nous a obligé à passer sous silence un événement qu'en notre qualité de chroniqueur nous ne voulons cependant pas laisser tomber complètement dans l'oubli. C'est le banquet offert à M. Verneuil par ses élèves, à l'hôtel du *Lion-d'Or*, en même temps qu'ils lui ont offert son buste en marbre, exécuté par un de nos plus habiles sculpteurs, M. de Saint-Marceaux. C'est dire qu'il est aussi artistement réussi que possible, étant données la finesse des traits et la mobilité de la physionomie du modèle. Espérons que nous le verrons figurer, le plus tard possible, dans les galeries de l'Institut ou de la Faculté de médecine.

M. le docteur Kirmisson, promoteur de cette fête de famille, organisée par M. le docteur L.-H. Petit, a présenté le buste à M. Verneuil; il a exprimé en termes si excellents et si choisis, si justes, les sentiments de sympathie, d'estime et d'affection qui avaient déterminé les élèves, restés les amis du maître, à vouloir transmettre ses traits à la postérité, que tout autre discours devenait inutile, et que les toasts se sont bornés là. Après une courte réponse de M. Verneuil, remerciant ses élèves de la joie qu'il ressentait de cette preuve de leur reconnaissance envers lui, la séance a été levée.

©BIU Santé

L'antipyrine a vécu! Puisqu'elle agit beaucoup mieux contre l'élément douleur que contre l'élément fièvre, on a trouvé avec raison que son nom n'était qu'un pseudonyme et que son véritable nom devait être *analgésine*. M. Bourgoin a été le nouveau parrain de la diméthyloxyquinizine, et l'Académie a sanctionné ce nom. Puisse l'analgésine ne plus être falsifiée comme l'antipyrine, et, fabriquée par des Français, arriver au chevet des malades à l'état de pureté dont elle manquait un peu lorsqu'elle sortait des mains des Allemands.

Aussi bien, l'antipyrine ne fait pas mal de disparaître, car elle vient d'essuyer un échec qui aurait pu être funeste. On avait dit qu'elle était souveraine contre le mal de mer, et, sur la foi d'une déclaration académique, tous les membres de l'Association française contre l'avancement des sciences qui se sont rendus au Congrès d'Oran ont cru devoir l'essayer sur eux, — non pas *in animâ vili*, — dans le but de se procurer une douce traversée. Insuccès complet et général, tel fut le résultat de ses essais; chez beaucoup de voyageurs, et j'en connais quelques-uns, non seulement le mal de mer a été ce qu'il est d'habitude, mais il a été même plus grave, car il s'est accompagné d'une sensation extrêmement douloureuse de torsion de l'estomac, ce que n'avaient jamais éprouvé les mêmes personnes dans des traversées antérieures et plus mauvaises encore.

M. le professeur G. Sée, continuant ses recherches sur les modifications des sécrétions gastriques dans les maladies de l'estomac, a démontré, avec l'aide de MM. Albert Mathieu et R. Durand-Fardel, ses chefs de clinique, que beaucoup de cas d'atonie d'estomac, classés parmi les dilatés, étaient des cas d'hyperchlorhydrie. Il en résulte que le régime lacté et carné, les boissons chaudes, à l'exclusion des amers, constitue le meilleur traitement de cette forme de dyspepsie.

Aux variétés de diabète déjà connues, avec ou sans altération du pancréas, gras ou maigre, M. Lancereaux en a ajouté une, le diabète traumatique ou nerveux, consécutif aux violentes commotions de tout l'organisme et en particulier aux accidents de chemins de fer, par l'intermédiaire d'une

---

J'ai raconté, il y a quelques années, la singulière confusion faite par une brave paysanne de Picardie qui, ne sachant comment administrer à son mari les sangsues prescrites par le médecin, appela à son secours les lumières de ses voisines, lesquelles décidèrent de faire frire les innocentes bêtes et de les faire manger au non moins innocent malade. Celui-ci en réchappa. Il paraît que la Bretagne enviait ce haut fait à la Picardie, car, nous dit le spirituel chroniqueur du *Soleil*, Jacques Bonhomme, un écho judiciaire assez singulier nous arrive du fond du Morbihan. L'histoire est plaisante en elle-même, quoique son épilogue soit infiniment regrettable, puisque l'aventure s'est terminée par la mort d'un homme, moins heureux que notre Picard.

Tout le monde sait que les campagnes de la basse Bretagne sont habitées par de braves gens aux mœurs douces, mais primitives; et que, sous certains rapports, cette pittoresque contrée a encore quelques progrès à réaliser. En revanche, les robustes gaillards qui la peuplent sont florissants de santé; et s'ils ignorent la manière de s'administrer les médicaments, c'est qu'ils ne sont pas souvent malades.

Le père Keraval, un honnête paysan des environs de Cordhaix, très estimé dans la contrée, fit, au mois de mars dernier, une chute de charrette qui l'obligea de s'aliter. Bien que les contusions ne fussent pas graves, les voisins, en raison de l'âge avancé du bonhomme, conseillèrent à sa femme de faire venir un médecin, et l'on appela M. L..., simple officier de santé.

lésion du système nerveux central. Cette affection serait donc, ainsi que l'ataxie locomotrice, capable de se manifester comme épiphénomène plus ou moins éloigné des accidents de chemins de fer, sur lesquels M. Charcot et M. Vibert ont tout récemment attiré de nouveau l'attention à ce point de vue. — L.-H. P.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Des pseudo-anémiques.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

LES INANITIÉS D'AIR OU APNÉIQUES (1).

Faute d'une expression meilleure, je désigne sous le nom d'*apnéiques* toute une catégorie d'individus qui deviennent *pseudo-anémiques parce qu'ils sont inanitiés d'air*, autrement dit parce que le fonctionnement physiologique de leur appareil respiratoire est insuffisamment alimenté, en raison de la quantité ou de la qualité de l'atmosphère dans laquelle ils vivent. Si — en dehors des diverses altérations anatomiques qui peuvent créer un obstacle au jeu de la respiration — cette affection sévit tout particulièrement sur les citadins, ce n'est pas une viciation spéciale de l'atmosphère des villes, ce n'est pas une sorte d'endémie, *une malaria urbana*, qu'il faut invoquer ici, mais bien les mœurs des habitants que leurs occupations maintiennent, à tous les échelons de la vie sociale, dans une atmosphère confinée.

En analysant les origines de cette pseudo-anémie, on est amené à la rattacher à *trois causes essentielles et connexes :* le déficit de l'oxygène, l'insuffisance de la ventilation et l'accumulation de l'acide carbonique; puis à *deux causes accidentelles :* l'inspiration de l'oxyde de carbone et l'inha-

(1) Suite. — Voir le numéro du 24 avril 1888.

Mis en présence du malade, M. L... déclara que les lésions n'inspiraient aucun danger, mais que le sang avait été révolutionné, et, après avoir ordonné une potion, il s'en alla en conseillant l'emploi des sangsues.

Comme la paysanne savait ne pas devoir en trouver dans le hameau, elle pria l'officier de santé de lui en procurer. M. L... accepta, et, le lendemain, il lui envoya un flacon où étaient enfermées six grosses sangsues.

A la vue de ces petites bêtes d'un aspect si répugnant, la brave paysanne se trouva fort embarrassée.

— Dites-donc, la mère Le Bourg, demanda-t-elle à sa voisine, donnez-moi donc un conseil. C'est-il au beurre, à la graisse ou à la poêle que ça se mange, ces animaux-là?

La voisine fut aussi perplexe que la femme du malade.

— C'est sûr qu'à la graisse ou au beurre, ça n'aura pas bon goût, répondit-elle; moi, à votre place, je les ferais frire.

La paysanne suivit ce conseil à la lettre. Elle décrocha sa poêle, passa les sangsues dans la farine et les fit rissoler comme une friture de goujons. Puis, dès qu'elles furent roussies, elle les plaça sur une assiette et les servit au malade.

Ce n'est pas que le fermier fût difficile; mais après avoir mâché et avalé la première sangsue, il trouva au remède un goût si amer, qu'il renonça à manger les cinq autres.

— Y penses-tu? s'écria sa femme en colère. Comment! nous dépensons notre argent pour acheter des remèdes et tu refuses de les prendre? Sois donc raisonnable!

Ces paroles redonnèrent du courage à Kerayal. Il fit effort sur lui-même et avala

©BIU Santé

lation des produits toxiques de l'air expiré De ces deux causes éventuelles, la seconde, signalée jadis par Gavarret et étudiée en ce moment par Brown-Séquard et par d'autres physiologistes, n'est pas encore entièrement élucidée dans son essence. Quant à la première, elle se rattache comme vous savez à l'usage des divers types de poêles qui répandent dans les pièces une quantité variable d'oxyde de carbone, tantôt produit à l'extérieur du poê e chauffé au rouge en présence des matières organiques toujours en suspension dans l'air, tantôt dégagé dans le foyer parmi les produits d'oxydation incomplète du combustible ei refoulé dans la chambre par le fait d'un coup de vent ou d'un tirage mal assuré. Un des professeurs les plus regrettés de notre Faculté a failli être enlevé à la science, à la suite d'une intoxication de ce genre, et je n'ai as besoin de vous énumérer les nombreuses victimes de cet empoisonnement qui ne présente pas, d'ailleurs, les caractères hématologiques des anémies proprement dites, ni des pseudo-anémies apnéiques, mais ceux des intoxications (voir plus loin).

Revenant aux trois causes essentielles de la pseudo-anémie des apnéiques, étudions quelle est la *limite inférieure de la respirabilité de l'air* et *voyons d'abord à quel moment l'O devient insuffisant*. Si vous enfermez un animal dans un espace absolument clos, vous verrez la mort survenir alors que l'atmosphère confinée contient une proportion d'oxygène encore sensiblement égale à celle de l'air extérieur. Ce n'est donc *pas le déficit d'O qui a été nuisible* en ce cas, *mais bien l'accumulation de l'acide carbonique*. Si vous maintenez, en effet, l'animal dans un espace clos en ayant soin d'extraire tout l'air expiré, la vie ne sera point menacée tant que la proportion d'O ne descendra pas au-dessous de 14 p. 100; il nous suffira d'assurer le renouvellement de cette atmosphère contenant 14 p. 100 d'O (au lieu de 20) pour entretenir l'existence dans ces conditions. Ainsi *la respirabilité de l'air dépend de la ventilation* qui est par conséquent indispensable pour éviter la misère d'air et ses conséquences pathologiques.

Il en résulte que l'*étendue* d'un espace où reste un air confiné constitue un facteur important de l'apnéisme et qu'une atmosphère restreinte, même

---

les sangsues frites. Mais on comprend qu'à son âge — il avait 70 ans — et, dans l'état où il se trouvait, il n'ait pu digérer cette étrange nourriture. Les sangsues mal cuites se décomposèrent en lui, et, finalement, comme elles avaient des états de services déjà anciens, qui leur auraient permis certainement de faire valoir leurs droits à la retraite, elles vicièrent le sang du malheureux fermier... et l'empoisonnèrent.

On juge du désespoir de la paysanne.

Ayant constaté que le mal n'avait empiré qu'à partir du moment où elle avait administré le remède recommandé par l'officier de santé, la Bretonne, sur le conseil de ses voisins, n'hésita pas à poursuivre M. L..., dont les ordonnances étaient si funestes.

Elle l'accusa d'avoir voulu, de propos délibéré, empoisonner son mari, et réclama des dommages-intérêts.

Comme on le suppose, le tribunal, tout en déplorant la mort du bonhomme, n'a pu que sourire de l'idée baroque de la naïve fermière, qui avait imaginé de faire avaler à son mari des sangsues frites ; et M. L..., dont la justification était facile, fut renvoyé des fins de la poursuite.

Si les gens de la campagne font avaler des sangsues, comment s'étonner, dès lors, que les habitants des villes nous fassent parfois « avaler des couleuvres ? »

*
* *

Les feuilles politiques, surtout celles qui se sont fait remarquer par leur hostilité à la laïcisation des hôpitaux, ont raconté ces jours derniers, avec force détails plus ou moins

assez riche en O, est plus dangereuse, que ne l'est une atmosphère plus spacieuse et plus pauvre en O; car l'action nocive de l'accumulation d'acide carbonique, et peut-être des gaz expirés, prédomine notablement sur celle du déficit d'O. Un oiseau, qui peut vivre dans une cloche de 2 litres contenant une proportion très faible d'oxyène, meurt rapidement sous cette cloche si l'on réduit sa capacité à 1 litre, alors même qu'on en augmente la teneur en O.

Puisqu'ainsi le mal résulte de l'accumulation de l'acide carbonique dans le sang, il est nécessaire d'étudier *les gaz du sang* (oxygène, acide carbonique, azote et traces d'ammoniaque) ainsi que *leurs rapports avec l'air ambiant*, et les conditions de leurs échanges intra-pulmonaires. Pour 100 vol. de sang, examinés à 0° et sous la pression de 1 m., Pflüger a trouvé 47 vol. de gaz, dont 16,9 d'O, — 29 de CO^2, — et 1,4 d'Az.

L'O existe à l'état d'absorption dans le sérum, comme dans un liquide quelconque, pour une très petite part seulement; et la majeure partie se trouve fixée à l'hémoglobine. Mais l'oxyhémoglobine, qui résulte de la pénétration de l'O dans les capillaires veineux du poumon où il se fixe sur l'hémoglobine réduite, constitue une combinaison assez lâche pour qu'on puisse facilement en retirer l'O, soit à l'aide du pompage, soit même à l'aide de l'oxygène, la limaille de fer, soit à l'aide d'un autre gaz qui le déplace comme fait l'oxyde de carbone, par exemple. L'ensemble du sang se comporte, en conséquence, vis à-vis de l'air, à peu près comme une solution d'hémoglobine libre de gaz, et sa combinaison avec l'O est tellement lâche qu'elle est sensiblement indépendante de la pression atmosphérique, ce qui permet de vivre dans des climats très divers au point de vue barométrique.

L'acide carbonique se trouve à l'état de combinaison dans le sérum et dans les globules. Seulement, la quantité d'acide carbonique que peut fixer une masse de sang varie sous l'influence de la pression atmosphérique, et les variations sont plus sensibles, à cet égard, pour les globules que pour le sérum. On sait que l'acide carbonique s'unit, dans les capillaires des

---

imaginaires, les atrocités commises dans un hôpital sur une pauvre petite fille, par deux internes avec la complicité des infirmières laïques. — Renseignements pris, l'affection prétendue vénérienne dont aurait été atteinte l'enfant, à la suite d'attentats de la part des internes (!) se trouva être une affection malheureusement trop commune dans les salles d'enfants malades, une vulvite. Quant aux internes incriminés, il ne s'en trouvait même aucun présentant leurs initiales dans l'hôpital en question.

Ces accusations mal fondées ne sont pas rares, mais il est peu commun de les voir prendre un corps aussi résistant que dans l'exemple précédent et que dans le suivant, que nous citons pour montrer comment naissent ces racontars absurdes.

« Un enfant de douze ans, Paul Herteaux, demeurant rue Jeanne-d'Arc, à Compiègne, qui avait été admis à l'Hospice des sourds-muets de Saint-Médard, à Soissons, est mort ces jours-ci au domicile de ses parents, où il avait été ramené pendant une courte maladie. Un habitant de la ville, qui se trouvait présent à la déclaration du décès, demanda de quoi l'enfant était mort. « Je ne sais pas trop, lui répondit-on; il était à l'hospice Saint-Médard; il a été mal traité ».

« Mal traité » voulait dire mal soigné; mais celui à qui cette réponse avait été faite s'imagina qu'il s'agissait de mauvais traitements infligés à l'enfant, de coups ayant amené des épanchements internes et dont la mort avait été le résultat. Le voilà donc en campagne! Le commissaire, le procureur de la République sont prévenus. On télégraphie à Soissons. Une enquête est ouverte, l'autopsie ordonnée. Les parents eux-mêmes, voyant toute cette agitation, finissent par croire que leur enfant a été martyrisé, qu'on l'a

©BIU Santé

divers tissus, aux globules dont l'oxyhémoglobine est réduite à l'état d'hémoglobine, et l'on a pu constater, en outre, qu'en traitant l'hémoglobine par un courant d'acide carbonique, on augmente son pouvoir fixateur à l'égard de ce même gaz. Quant aux globules blancs, ils fixent l'acide carbonique comme le fait le sérum, mais leur pouvoir absorbant à l'égard de ce gaz atteint tout au plus le quart de celui du sérum.

Ainsi, l'élimination de l'acide carbonique ne résulte pas d'une simple diffusion, et les capillaires veineux du poumon sont le siège d'un processus chimique consistant dans la substitution, sur l'hémoglobine, de l'oxygène intra-alvéolaire à l'acide carbonique intra-vasculaire. Peut-être l'oxygène en excès favorise-t-il le départ de l'acide carbonique? On peut, du moins, en présence de l'oxygène, extraire plus facilement l'acide carbonique au moyen du pompage ou des réactifs acides.

Cela dit, qu'arrive-t-il dans un espace clos? L'homme — exhalant à chaque expiration un tiers ou un demi-litre d'air contenant, en volume, 4,38 p. 100 d'acide carbonique — altère l'atmosphère, qui devient nuisible quand elle renferme 5 à 10 p. 100 d'acide carbonique, même au cas où l'oxygène se trouverait encore dans la proportion de 21 p. 100. Quand l'air est saturé d'acide carbonique, il n'y a plus d'échange entre le gaz de l'air et ceux du sang, car il faudrait, pour favoriser le départ de l'acide carbonique du sang, une proportion moindre de ce gaz dans le milieu extérieur; l'oxygène est d'ailleurs moins soluble que l'acide carbonique dans le sang, et, d'autre part, la pression des gaz dans les vaisseaux pulmonaires est loin d'être inférieure à la pression des gaz extérieurs. Enfin, il faut tenir compte de la nocivité probablement toxique de l'acide carbonique, bien qu'elle soit sûrement inférieure à celle de l'oxyde de carbone.

Voyons maintenant *quelle est la quantité d'air indispensable à la respiration d'un adulte* et *quel est l'espace nécessaire à l'homme*. L'adulte, respirant 17 fois par minute, et exhalant par heure une vingtaine de litres d'acide carbonique, a besoin de 4 m. c. d'air nouveau par heure; mais en tenant compte de la saturation de l'air par la vapeur d'eau expirée, puis de la pro-

---

empoisonné peut-être. Pourtant, grand a été leur mécontentement lorsqu'ils apprirent que l'enterrement ne pouvait avoir lieu à l'heure fixée et qu'il fallut donner contre-ordre aux invités réunis à la maison mortuaire. L'autopsie a démontré que la mort de Paul Hertaux était naturelle. »

* * *

Aux faits déjà publiés relativement aux dangers de l'hypnotisme chez certains sujets, le *Progrès médical* en ajoute deux nouveaux.

Le docteur Verneuil (de Bruxelles) fut appelé auprès d'une jeune fille de 16 ans, qui avait été prise d'une crise de pleurs accompagnée de cris, gesticulations, paroles incohérentes, terminée par le sommeil, avec résolution complète des membres pendant quarante minutes. Le médecin apprit, en outre, que depuis une quinzaine de jours le caractère de cette jeune fille s'était modifié; enfin, il découvrit que, quelque temps auparavant, elle avait été endormie par un étudiant en médecine, qui hypnotisait d'habitude une de ses amies, Mlle Z... La première fois, l'opérateur n'avait pu endormir Mlle X...; il ne réussit qu'à la deuxième séance. La malade fut retirée de cet état de sommeil par le docteur Verneuil en soufflant sur les globes oculaires. Quelques instants après, le sommeil recommença et l'auteur y mit fin de la même façon. Une crise se produisit encore à la suite de la visite de Mlle Z... à son amie.

A de nouvelles reprises, la malade fut replongée dans l'état de léthargie, une fois pendant 60 heures; elle se réveillait de temps en temps pour prendre des aliments et gar-

duction de l'acide carbonique aux dépens de l'O consommé par les appareils d'éclairage et de chauffage, on reconnaît qu'il faut environ 10 m. c. d'air nouveau par heure, ou 240 m. c. par jour pour un adulte, et qu'en cas de fermeture hermétique, l'espace cubique nécessaire à la vie d'un homme durant une journée devrait avoir plus de 6 m. c. en toutes ses dimensions.

Eh bien! comparez ces données avec la capacité de nos chambres et de nos cabinets de travail : c'est à peine si leurs dimensions paraissent calculées pour les exigences physiologiques d'un cobaye! Et si, chez les gens aisés, vous rencontrez parfois des pièces assez grandes pour les besoins de la respiration humaine, ce ne sont guère que des salons, ouverts les jours de réception uniquement. Les enfants, même les riches, sont relégués, afin de respecter ces salons dont on ne profite guère, dans des pièces exiguës et trop souvent aussi privées de soleil; plus tard, ils sont entassés dans les salles d'étude et les dortoirs des lycées, où le nombre des élèves ne peut déjà plus être maintenu dans les limites prescrites il y a quelques ans à peine. Quant aux pauvres, qui font partie ou non de la liste d'indigents officielle; quant aux ouvriers, qui vivent du matin au soir dans des ateliers où l'éclairage et le chauffage substituent à l'O consommé de l'acide carbonique et de l'oxyde de carbone, ils passent leur nuit dans des bouges où l'espace ne mesure guère que 3 à 6 m. c. environ et où ils couchent souvent au nombre de 3 ou 4.

Aussi n'est-il pas besoin, pour expliquer la pâleur ordinaire des citadins, d'invoquer un prétendu excès d'acide carbonique dans l'air qui baigne les grandes villes; c'est là une hypothèse non seulement gratuite, mais erronée, car on trouve à Manchester, pour 100 m. c. d'air, 20,8 de CO^2 (au lieu de 20,3), et la diminution de l'oxygène n'y est pas appréciable. La malaria urbana n'existe pas, et c'est le *métrage exigu des pièces*, l'*insuffisance de la ventilation*, et — pour une part essentiellement distincte d'ailleurs — les émanations toxiques ou virulentes, dont les citadins éprouvent les fâcheux effets.

Si nous examinons les *caractères de leur pseudo-anémie*, nous retrouvons,

---

dait alors une hémianesthésie du côté droit. La guérison persista huit jours, puis la malade fut prise d'hématémèses et de dyspnée, phénomènes qui disparurent à la suite de l'administration du bromure de potassium.

L'auteur voit là des conséquences directes de l'hypnotisme, qui a provoqué, chez une jeune fille n'ayant jusque-là présenté aucun accident d'hystérie, tous les phénomènes que nous avons relatés. Aussi se range-t-il à l'avis des nombreux médecins qui ont réclamé, à juste titre, l'interdiction des manœuvres hypnotiques en dehors de l'enseignement médical et de la thérapeutique.

Cependant, les applications thérapeutiques de l'hypnotisme ne sont pas non plus sans danger, car le second cas est relatif à une fillette de 12 ans, entrée l'an dernier dans un service d'enfants pour incontinence d'urine, et qui fut traitée par la suggestion dans le but de remédier ainsi à son infirmité. Deux ou trois heures après la seconde séance, l'enfant fut prise d'une violente attaque d'hystérie; elle n'avait jamais, paraît-il, présenté d'attaques semblables auparavant.

L'emploi de l'hypnotisme exige donc encore une très grande réserve soit dans la thérapeutique des maladies nerveuses, soit comme moyen d'expériences extra-physiologiques. On ne saurait trop mettre le public en garde contre ses inconvénients et ses dangers.

SIMPLISSIME.

©BIU Santé

en effet, chez ces victimes de l'air confiné, la décoloration et la faiblesse qui résultent de la déchéance respiratoire de l'hémoglobine. Chez ces inanitiés, comme chez les autres, le *nombre des globules n'est pas diminué;* j'en ai vu parmi ces apnéiques, et des plus pâles, qui comptaient plus de 6 millions d'hématies par millimètre cube de sang! Chez ces malades par misère d'air, la surcharge habituelle de l'hémoglobine en acide carbonique restreint son pouvoir colorant, qui généralement est lié à son pouvoir absorbant à l'égard de l'O; c'est cette surcharge de CO^2 qui cause la pâleur et la débilitation de cette *pseudo-anémie, transitoire au point de vue de la durée, rudimentaire au point de vue de la gravité*, différente, par conséquent, des anémies vraies et de la chlorose, et *curable enfin par le simple rétablissement d'une aération conforme aux lois physiologiques.*

Il faut comprendre d'ailleurs, dans ce traitement purement hygiénique, l'exercice nécessaire pour parer aux effets de l'inactivité musculaire qui, souvent ici, en diminuant la circulation et, par suite, le contact de l'hémoglobine et de l'air, contribue à entretenir l'insuffisance d'oxydation hématique et ajoute ainsi ses vices à ceux qui résultent de la misère d'air.

Du traitement du blépharospasme tonique par la névrotomie sus-orbitaire.

Note lue à la Société de médecine de Paris dans la séance du 24 mars 1888

Par le docteur A. Dehenne.

En 1879, j'ai relaté un cas de blépharospasme tonique double, qui avait résisté à tous les traitements, et qui guérit immédiatement et complètement par la section sous-cutanée des nerfs sus-orbitaires.

Depuis cette époque, trois faits semblables se sont présentés à mon observation : l'un en 1881, le second en 1886 et le troisième tout récemment, au mois de janvier 1888. C'est vous dire que les cas bien nets de blépharospasme tonique, les seuls qui soient réellement dangereux, ne sont pas extrêmement communs, et que l'intervention chirurgicale ne paraît pas être entrée tout à fait dans nos mœurs, puisque tous ces malades, sans exception, et particulièrement la dernière, avaient, pendant plusieurs années, eu recours à toutes les ressources que peut offrir la thérapeutique, avaient consulté nombre de chirurgiens et d'oculistes, tous très compétents, et qu'aucun d'eux n'avait songé à proposer la névrotomie sus-orbitaire.

C'est ce fait là surtout qui m'a frappé, indépendamment de la guérison obtenue, et qui m'a décidé à vous dire quelques mots du blépharospasme tonique et de son traitement par la névrotomie.

Je laisse à dessein de côté le *blépharospasme clonique*, caractérisé par le clignement plus ou moins souvent répété des paupières, et qui est presque toujours sous la dépendance d'une anomalie de réfraction, aidée d'un état névropathique idiopathique, ou dont le point de départ est dans la présence de vers intestinaux, comme cela arrive fréquemment chez les enfants. Cette forme de blépharospasme, souvent très tenace, n'est pas justiciable de l'intervention chirurgicale. Les antispasmodiques, les courants continus, un traitement général reconstituant, le choix raisonné des verres correcteurs, finissent par en avoir raison.

A plus forte raison ne vous entretiendrai-je pas du blépharospasme symptômatique d'une affection cornéenne (kératite pustuleuse, etc.) ou de la présence d'un corps étranger dans le cul-de-sac conjonctival supérieur ou dans la cornée. Le traitement de cette forme de contracture de l'orbiculaire est tout indiqué.

Il n'en est pas de même du *blépharospasme tonique*, qui constitue une affection réellement dangereuse.

Ici les contractions de l'orbiculaire, d'intermittentes qu'elles étaient, deviennent per-

manentes; la contraction peut persister de quelques secondes à plusieurs minutes. Les malades atteints de cette affection ne peuvent pas sortir seuls. Au moment où ils doivent traverser une rue, les fibres de l'orbiculaire se mettent en jeu, les paupières se ferment avec force et la cécité est complète.

En dehors des dangers qu'ils peuvent courir dans la rue, toute occupation demandant une certaine application des yeux leur est interdite; ils sont, par conséquent, incapables de gagner leur vie.

Souvent la contraction de l'orbiculaire est douloureuse.

Lorsque l'affection est déjà ancienne, en dehors des accès qui peuvent se répéter de 20 à 30 et 40 fois par jour, l'ouverture palpébrale est fortement rétrécie; le sourcil est abaissé et retombe au-devant de la paupière supérieure; de plus, les paupières sont agitées de mouvements cloniques incessants.

Toute thérapeutique échoue appliquée à ces cas de blépharospasme tonique qui rendent la vie si insupportable aux malades qu'ils ne parlent de rien moins que de se suicider.

On a essayé les courants continus, les pointes de feu, l'application de plaques métalliques, les antispasmodiques, les dérivatifs de toutes sortes. Rien ne fait. Seule la névrotomie sus-orbitaire a raison de cette contracture, qui cesse aussitôt après la section du nerf.

Une remarque intéressante, et que je veux faire immédiatement, c'est que, dans un cas, six mois après la névrotomie, le blépharospasme avait montré de la tendance à se reproduire. Les courants continus, qui avaient échoué avant l'opération, firent complètement disparaître le spasme de l'orbiculaire, et, depuis cette époque, la malade est restée guérie.

Il n'est pas indispensable, même lorsque le blépharospasme est double, ce qui est la règle, de faire une double névrotomie. Très souvent la section d'un seul nerf suffit pour amener la guérison. Si toutefois le blépharospasme persiste, à un degré quelconque, à la suite d'une névrotomie, il est toujours temps de pratiquer la section du côté opposé. Il suffit de prévenir le malade de cette éventualité.

Le manuel opératoire est des plus simples :

Avec une plume, on trace à l'encre le trajet du nerf sus-orbitaire à l'union du tiers interne et des deux tiers externes du sourcil. On saisit la peau entre le pouce et l'index, et on fait un pli vertical à la base duquel on enfonce à plat la lame d'un petit bistouri pointu, qui, la peau étant lâchée, parcourt le tissu sous-cutané en avant du paquet vasculo-nerveux, et trace ainsi la voie que l'on fera suivre au névrotome. La ponction cutanée se fait à 1 centimètre environ au-dessus du sourcil. Le bistouri étant retiré, on le remplace immédiatement par le névrotome, qui n'est autre chose qu'un bistouri boutonné à lame légèrement convexe. Le névrotome est également introduit à plat. Lorsqu'on se trouve bien en face du paquet vasculo-nerveux, on retourne le tranchant, que l'on appuie fortement sur l'os frontal, et l'on sectionne à petits coups jusqu'au périoste inclusivement. On a très nettement la sensation d'une résistance vaincue. Le névrotome, remis à plat, est enlevé rapidement, et l'on exerce aussitôt une forte compression à l'aide d'une pièce de monnaie entourée d'ouate, de façon à éviter tout épanchement sanguin sous cutané. Un bandeau compressif est appliqué.

Immédiatement après l'opération, on peut constater la disparition complète et absolue de toute contraction tonique. Les contractions cloniques peuvent encore se montrer pendant quelques jours, et disparaissent à leur tour.

L'observation de la première malade que j'ai opérée a été publiée dans la *Gazette d'ophthalmologie* de 1879. Il s'agissait d'une femme de 52 ans qui était atteinte d'un blépharospasme tonique depuis plus de trois ans. L'existence lui était devenue insupportable. Le muscle orbiculaire était pris de véritables attaques qui la mettaient pendant quelques instants dans l'impossibilité de se conduire. La cécité, devenant absolue, la mettait dans les transes les plus cruelles, car ces contractions spasmodiques survenaient juste au moment de traverser une rue plus ou moins encombrée.

Elle avait tout fait pour se débarrasser de cette infirmité. Rien n'avait réussi. Je lui pratiquai une double névrotomie sus-orbitaire qui la guérit immédiatement. Six

©BIU Santé

mois après, elle revint me trouver, disant que, de temps en temps, les paupières recommençaient à s'agiter. Je lui fis faire des séances d'électrisation à courants continus, qui avaient échoué avant la névrotomie, et qui, cette fois, réussirent admirablement.

Les deux observations suivantes ont trait à des hommes, l'un de 55 ans, l'autre de 32 ans. Même marche dans les phénomènes morbides; même insuccès de la thérapeutique. La névrotomie sus-orbitaire est pratiquée des deux côtés, et la guérison s'ensuit.

Enfin, le 15 février de cette année, Mme B..., âgée de 58 ans, vint me consulter pour un blépharospasme double remontant à plus de cinq ans. Sa fille me l'amène, car elle est incapable de se conduire seule. Les paupières des deux yeux sont presque complètement fermées; elles sont agitées de petits mouvements fibrillaires, et si l'on fait quelque effort pour les écarter, elles se ferment complètement et avec force. La tonicité est plus marquée à gauche qu'à droite. C'est de ce côté, du reste, qu'a débuté l'affection. L'abaissement du sourcil est plus prononcé aussi du côté gauche. La compression des sus-orbitaires ne fait pas cesser le spasme; elle ne le diminue même pas.

Je cherche d'autres points de compression qui restent tous négatifs. Les contractions toniques, les seules réellement dangereuses, remontent à deux ans environ. Le spasme clonique avait donc persisté pendant trois ans avant de se transformer. La malade attribue son affection à un refroidissement brusque.

Depuis quatre ans et demi, elle a suivi tous les traitements possibles : collyres, pommades, cathétérisme des voies lacrymales, pointes de feu, électrisations à courants conduits et à courants continus, frictions excitantes, potions bromurées, compressions, tout a été essayé en pure perte. Aussi, je lui propose immédiatement la névrotomie du sus-orbitaire gauche, me réservant de pratiquer plus tard la section du nerf du côté droit, si c'est nécessaire.

L'opération est acceptée et pratiquée le 25 février. Les contractions toniques disparaissent immédiatement, et la malade ouvre facilement les yeux. Depuis ce jour, tout spasme des paupières a complètement cessé.

En résumé, le blépharospasme tonique est une affection relativement rare. Il succède presque toujours au blépharospasme clonique.

C'est une affection dangereuse, en ce sens qu'elle empêche les malades de se livrer à aucune occupation et même de se conduire seuls.

La névrotomie seule peut guérir le blépharospasme tonique.

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DE MICROSCOPIE CLINIQUE, par G. BIZZOZERO et Ch. FIRKET. Troisième édition, fascicule Ier.

Nous avons analysé et accueilli avec faveur le manuel de Bizzozero, lors de son apparition. Le succès que nous avions prévu ne lui a pas fait défaut, puisque voici une troisième édition entièrement revue et remaniée.

M. Firket, professeur d'anatomie pathologique à l'Université de Liège, qui n'avait d'abord été que traducteur et annotateur du professeur de pathologie de l'Université de Turin, a maintenant associé son nom à celui du médecin italien sur le pied d'une collaboration absolue.

La nouvelle édition, autant qu'on en peut juger par ce premier fascicule, sera tout à fait complète ; les figures y sont beaucoup plus nombreuses. Les procédés de culture des microbes un peu écourtés dans les précédentes éditions ont reçu maintenant une place suffisante ; la moitié de ce fascicule leur est consacrée, l'autre moitié comprend l'examen très complet du sang, l'étude des transsudats et exsudats des séreuses et des liquides kystiques, l'examen du pus, de la peau, du contenu de la bouche et des matières vomies. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

Examen de la salive comme pierre de touche dans les désordres fonctionnels du foie. — Le docteur Samuel Fenwick a été conduit par certaines considérations théoriques à étudier la salive au point de vue de la quantité de sulfocyanure de potassium qu'elle peut contenir dans différentes circonstances. Il prend comme moyen d'épreuve une solution de sulfocyanure de fer, et compare avec la couleur de cette solution celle de la salive traitée par une certaine proportion de teinture de perchlorure de fer et filtrée. Il résulte de ses recherches que la salive renferme une quantité exagérée de sulfocyanure toutes les fois que les besoins de l'économie réclament une augmentation d'activité des organes de la nutrition, et que cette quantité est au-dessous de la normale lorsque les organes digestifs ne peuvent fournir une alimentation suffisante pour faire face à ces besoins. Ainsi, dans la fièvre typhoïde, nous pouvons juger d'après la quantité de sulfocyanure contenue dans la salive, si la convalescence sera rapide ou péniblement prolongée. Dans le premier cas, le sulfocyanure sera en excès, dans le second, en faible quantité. — Dans la phthisie et dans les maladies de mauvaise nature, en particulier dans le cancer de l'estomac, la proportion du sulfocyanure sera au-dessous de la normale. Dans les cas de tumeurs malignes qui n'ont pas encore altéré la santé générale, le sulfocyanure est en excès ; de même dans la pleurésie et les autres inflammations aiguës. — Dans les cas d'ascite, la ponction a souvent pour effet d'augmenter beaucoup la quantité de sulfocyanure de la salive. — Dans les débuts de la jaunisse, la proportion de sulfocyanure n'a pas d'importance, mais dans les dernières phases de la maladie, si aucune couleur n'est produite par l'addition d'un sel ferrique, on peut pronostiquer une issue fatale par suite de la complète oblitération du conduit commun. Mais dans le cas de tumeur hydatique, de maladie de cœur, ou de toute autre cause, qui ne détermine qu'une obstruction locale, la salive peut être normale, bien que la jaunisse ait une longue durée. — Dans l'empoisonnement par le plomb, le sulfocyanure est toujours en très faible quantité. Mais lorsque le foie est congestionné par les excès de la vie, l'abus de l'alcool ou le défaut d'exercice, le sulfocyanure est en excès. — Il est habituellement en médiocre proportion dans les cas de maladie mitrale, et sa quantité augmente ou diminue selon que l'état du malade s'améliore ou empire. — Il semble que les personnes en bonne santé dont la salive est anormalement riche en sulfocyanure, ont une disposition pour le rhumatisme. — Dans la chorée, la quantité de sulfocyanure est variable et inconstante. — Dans la goutte, la migraine bilieuse, l'eczéma, et la tendance à l'athérome des gros vaisseaux, le sulfocyanure est en excès. — Le docteur Fenwick pense que le sulfocyanure provient des acides de la bile. Il faut toutefois que ceux-ci passent dans le duodénum avant que le sulfocyanure puisse paraître dans la salive. (*The saliva as a Test for Functional Disorders of the Liver*, by Samuel Fenwick, M. D. London : Churchill, 1887 ; et *The Dublin Journ.*, février 1888). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADEMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 23 avril 1888.

Sur les relations entre l'atomicité des éléments inorganiques et leur action biologique, par M. J. Blake. — D'après l'auteur, il existe des relations entre l'atomicité des éléments et les réactions qu'ils font naître dans la matière vivante : ses expériences ont été faites avec des substances appartenant à des groupes d'éléments mono-atomiques, bi-atomiques, tri-atomiques et tétra-atomiques ; en voici les résultats :

1° *Eléments mono-atomiques*. — Actions sur les artères pulmonaires.

2° *Eléments bi-atomiques* (1). — Actions sur les centres du vomissement et sur les muscles volontaires et cardiaques.

(1) Sauf le glucinum, dont l'action se porte sur d'autres centres nerveux.

©BIU Santé

3° *Eléments tri-atomiques*. — Actions sur les centres respiratoire, vaso-moteur, inhibitoire, sur les ganglions cardiaques et les artères pulmonaires.

4° *Eléments tétra-atomiques*. — Actions sur les centres respiratoire, vaso-moteur, inhibitoire, sur le cerveau, la moelle épinière, les ganglions cardiaques et les artères pulmonaires.

Séance du 30 avril 1888.

Contributions à l'étude des bactériens dans les tumeurs, par M. NEPVEU. — Dès 1884, l'auteur a commencé, dans le service de M. Verneuil, des recherches qu'il a poursuivies depuis cette époque avec persévérance et qu'il a réunies dans un mémoire dont voici les conclusions :

1° Il est possible qu'on arrive un jour à démontrer l'existence du bacille du cancer; mais, en présence des contradictions et des incertitudes des expérimentateurs, il m'a semblé utile d'étudier au préalable quelques-unes des conditions dans lesquelles les bactériens peuvent apparaître dans les tumeurs.

2° Je les ai observés dans les tumeurs ulcérées spontanément ou à la suite d'un trauma; les liquides des cavités dans lesquelles elles baignent parfois sont le plus souvent le lieu d'origine de ces bactériens; les lésions inflammatoires des téguments qui les revêtent, spontanées ou provoquées, auraient le même rôle.

3° Les lésions antérieures au néoplasme (eczéma, abcès, inflammations diverses) réalisent des conditions analogues pour l'introduction des microbes et leur incarcération consécutive dans certains tissus. L'irritation lente et prolongée qu'ils produisent dans les parenchymes glandulaires pourrait être une des causes de la production ultérieure des néoplasmes.

4° Il est probable que les bactériens d'origine externe ou contenus dans le sang trouvent, dans certains foyers néoplasiques où les éléments cellulaires sont très abondants, un lieu de culture favorable. Les bactériens, en s'y fixant, y activent le ramollissement et la destruction du tissu morbide.

5° Il y aurait lieu de rechercher les microbes, non seulement dans les néoplasmes ramollis, mais encore dans ceux qui sont le siège de ces hyperplasies rapides avec élévation de température locale, signalés par Estlander et Verneuil.

FORMULAIRE

LOTION CONTRE L'ECZÉMA.

Chlorate de potasse.....	1 gr. 50 centigr.
Laudanum de Rousseau.....	2 gr. 50 —
Eau distillée.....	1000 grammes.

Faites dissoudre. — On imbibe une compresse avec cette solution, et on l'applique sur les organes génitaux atteints d'eczéma. — Si elle est mal supportée parce que l'inflammation est trop aiguë, on commence le traitement par un bain de siège chaud, suivi de cataplasmes saupoudrés de carbonate de chaux. — N. G.

COURRIER

INSTITUT ODONTOTECHNIQUE DE FRANCE (Paris, 3, rue de l'Abbaye). — Le docteur Aguilhon de Sarran commencera des conférences sur les éléments de la chirurgie dentaire, au siège de l'Institut odontotechnique, le mardi 15 mai, à huit heures du soir, et les continuera les mardis et vendredis suivants a la même heure. Ces conférences sont faites spécialement en vue de l'instruction des élèves en médecine.

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.

VIN DE CHASSAING, (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : **L.-Gustave RICHELOT**, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : **P. LE GENDRE.**

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Paul Chéron : La naphthaline. — II. Ant. Courtade : Observation de rage paralytique. — III. Bibliothèque : Fièvres de surmenage. — IV. Revue des journaux : Le traitement de l'incontinenée d'urine dans le Rhus aromaticus. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — VI. Courrier.

La naphtaline.

1. La naphtaline fut découverte en 1820 par Garden et Chamberlain, qui la retirèrent du goudron de houille.

La formule atomique de la naphtaline est $C^{10}H^8$. C'est un corps solide, cristallisé en tables rhomboïdales, d'odeur aromatique marquée et de saveur âcre. Elle est insoluble dans l'eau froide et très peu soluble dans l'eau bouillante. Les véritables dissolvants de la naphtaline sont l'alcool, l'éther et les huiles, surtout les éthérées.

La naphtaline du commerce est retirée de la partie des huiles lourdes de goudron de houille qui distille entre 200 et 250. Par suite de ce mode de préparation, elle est habituellement mélangée de phénols, de naphtols et d'hydrocarbures plus élevés dans la série. On peut cependant la débarrasser de ces corps qui peuvent être nuisibles dans l'emploi interne du médicament. Pour vérifier la pureté du produit, Schwartz a conseillé d'introduire du chlorure d'aluminium sec dans sa solution chloroformique; on chauffe, de l'acide chlorhydrique se dégage et il se produit, en cas d'impuretés, une coloration bleu verdâtre très marquée.

2. L'action physiologique de la naphtaline a été peu étudiée. Les expériences les plus complètes ont été faites par Testa (de Bologne). Par son emploi, la température normale ne se modifie pas, la température fébrile s'abaisse de 0,5 à 1° au plus. Donné par l'estomac, le médicament est en partie absorbé, en partie rejeté par les fèces. Quoique insoluble dans l'eau, la naphtaline est, en effet, absorbée à la dose de quelques centigr. pour 5 grammes administrés dans une des expériences du professeur Bouchard. Enfin, elle ralentirait les échanges moléculaires et diminuerait l'excrétion de l'urée.

Les réactions que subit la naphtaline en traversant l'organisme sont encore peu connues; quoi qu'il en soit, Rossbach, à la suite de son emploi, a trouvé dans l'urine de l'α naphtol, et Penzoldt des naphtoquinones α et β qui sont des produits d'oxydation supérieurs aux naphtols. Le liquide urinaire devient imputrescible et pourrait rester des mois abandonné dans un vase ouvert, même en été, sans présenter d'altérations. D'autres admettent l'élimination à l'état de naphtyl-sulfite de soude.

L'urine contenant les dérivés de la naphtaline présente une réaction caractéristique (F. Penzoldt). On en met quelques gouttes dans un verre et on ajoute environ 1 c. c. d'acide sulfurique concentré. L'urine qui surnage prend aussitôt une teinte d'un vert foncé surtout apparente à la limite des deux couches de liquide.

Presque tous les auteurs ont noté que l'usage du médicament est suivi

©BIU Santé

de l'apparition d'une coloration brunâtre des urines, « différentes, dit Bouchard, de celle de l'acide phénique, qui est noirâtre, et de la créosote, qui est d'un noir verdâtre ». Cette coloration est remplacée par une teinte violet pourpre analogue à celle du permanganate de potasse dans les maladies s'accompagnant d'une altération profonde du foie, telles que le choléra, l'atrophie jaune aiguë et certains cas de fièvre typhoïde. (Rosenstiehl, Bouchard.)

La présence de l'albumine dans l'urine, 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 un autre, celui d'une néphrite; Schreider a constaté, chez deux malades, de la dysurie et, chez un troisième, de l'albuminurie avec urines rouges sans qu'il y ait de globules sanguins. Ces complications ont surtout été observées à la suite de l'emploi de la naphtaline dans le psoriasis et d'autres maladies de la peau; aussi conseille-t-il, ainsi que Testa, d'y renoncer quand on se trouve en présence d'affections cutanées très étendues et occupant de larges surfaces.

Schwarz, Ewald, Lehman, Pick, et beaucoup d'autres, ont observé des troubles de la miction consécutivement à l'usage de la naphtaline. L'ardeur uréthrale est le symptôme le plus souvent noté; dans les cas d'intoxication plus intense s'y joignent de la dysurie et de la strangurie, de l'œdème du prépuce, et enfin des douleurs de rein qui peuvent s'irradier sur tout le trajet des voies urinaires. Les phénomènes graves ne se montrent guère que lorsque l'on emploie des doses 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, disons-le dès maintenant, 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.

On a encore noté comme conséquences de l'absorption de la naphtaline des troubles intestinaux (vomissements, inappétence) et psychiques transitoires. (Rossbach.)

Employé à des doses très élevées, le médicament peut provoquer le développement de la cataracte. Le fait a été découvert par MM. Bouchard et Charrin, et a été l'objet de communications faites à l'Académie de médecine (6 juillet 1886) et à la Société de biologie (18 décembre 1886). Chez des lapins pesant en moyenne 2 kilogr., la dose quotidienne nécessaire pour opacifier le cristallin a été de 1 gr. 50 à 2 grammes. Si l'on tient compte du poids, ces doses équivaudraient, pour un homme de 70 kilogr., à 35 grammes environ. Les naphtols α et β ne donnent lieu à aucun accident oculaire. Les expériences de Bouchard ont été reprises par Dor, Vassaux et Panas. Il se développe d'abord du synchisis du vitréum, puis des taches blanches rétiniennes et, en dernier lieu, la cataracte, qui est probablement sous la dépendance des altérations de la rétine.

On a observé un certain nombre de faits d'empoisonnements par la naphtaline. Un des plus connus est celui d'Evers. Ayant employé le produit dont nous nous occupons pour préserver des papillons les meubles de son appartement, il fut pris d'un ensemble d'accidents caractérisés par des

coliques sourdes, de la sécheresse de la gorge, des nausées, de l'insomnie, un prurit généralisé, et enfin un érythème rouge foncé à la face interne des jambes et dorsale des pieds. Tous les accidents se dissipèrent facilement lorsqu'il put sortir de l'atmosphère imprégnée de naphtaline.

3. L'emploi de la naphtaline est basé sur ses propriétés antiseptiques dont l'étude expérimentale est due à Fischer. Une atmosphère de naphtaline empêche le développement des mucédinées qui vivent à la surface des liquides et tue celles qui étaient déjà apparues. Les levûres sont seulement retardées dans leur végétation. Les substances organiques facilement altérables, urine, sang, pus, ne se putréfient pas; la décomposition de la viande est retardée.

Dès 1842, Dupasquier avait conseillé la naphtaline à l'intérieur, comme expectorant et désinfectant, dans le catarrhe bronchique fétide et la phthisie pulmonaire, mais le médicament était à peu près oublié lorsque parut, en 1884, le premier travail de Rossbach, où il le place à côté du bismuth et du calomel. Très généralement, il ne trouble ni l'appétit, ni les digestions, et lorsque la quantité employée est suffisante, les matières fécales sont inodores. Depuis ces premières recherches, la naphtaline a été employée dans la fièvre typhoïde, la dysenterie, les entérites diverses, et nous allons examiner les résultats obtenus.

Rossbach, dans la fièvre typhoïde, a vu la naphtaline agir dans quelques cas, comme un véritable abortif, jugulant la fièvre en cinq ou six jours, tandis que la rate restait encore volumineuse; lorsqu'il n'a pu l'administrer que vers la fin du deuxième septénaire, elle a paru sans action. Kossbaehr l'a aussi employée dans la fièvre typhoïde avec des résultats encourageants, tandis que, pour Murer, elle n'a, dans cette maladie, qu'une action douteuse. Bouchard, dans la dothiénentérie, l'a associée à l'iodoforme; les deux corps sont, en effet, le premier surtout, des antiseptiques intestinaux très avantageux, c'est-à-dire qu'ils sont l'un à peine soluble, l'autre peu soluble, et que, par conséquent, ils peuvent agir dans toute l'étendue du tube digestif. Gœtze, sur 35 cas de fièvre typhoïde, dit avoir obtenu un effet abortif sur 17 cas; nous n'insisterons pas sur sa pratique, car Fuerbringer, qui l'a vérifiée, a obtenu les résultats suivants : chez 25 malades qui ont été traités par les bains, la durée moyenne de la fièvre a été de seize jours et celle de la convalescence, de dix-sept jours; chez 25 autres typhiques traités par la naphtaline, la durée de la fièvre a été de vingt-quatre jours et celle de la convalescence, de vingt et un jours. La naphtaline n'a donc pas abrégé la durée de la maladie; de plus, elle ne prévient pas les récidives et n'influence pas la mortalité d'une manière favorable; enfin, elle ne détruit pas les micro-organismes de l'intestin et en diminue tout au plus le nombre et peut-être la vitalité. Leyden reconnaît aussi que la naphtaline n'a aucune action sur la marche de la fièvre typhoïde et ajoute que les malades ne prennent le remède que tout à fait à contre cœur. Terminons en indiquant le mode d'administration de Bouchard, qui formule un mélange de 100 grammes de poudre de charbon, 1 gramme d'iodoforme et 5 grammes de naphtaline. Le tout est mêlé à 200 grammes de glycérine et 50 grammes de peptone, et administré en vingt-quatre heures, par cuillerées toutes les deux heures, dans un tiers de verre d'eau. Quoi qu'on en ait dit, le pouvoir antiseptique de la naphtaline est indéniable dans les affections gastro-intestinales, puisque (Bouchard), chez un homme atteint d'embarras gastrique, 35 à 40 c. c. d'urine

©BIU Santé

déterminaient la mort de 1 kilogr. d'animal, et qu'après la désinfection des matières fécales par le médicament, 90 à 100 c. c. d'urine étaient inoffensifs.

Dans les catarrhes invétérés de l'intestin, avec ou sans ulcérations, elle ramène rapidement des selles normales (Rossbach, Lehmann). Dans l'entérite catarrhale des enfants, Pauli a eu de bons résultats; Schwarz n'a eu aucune action sur la diarrhée, tandis que d'autres ont vu ce symptôme diminuer chez des tuberculeux adultes. Kovacy, Crœmer, Schreiber ont obtenu d'assez bons effets, mais non constants. Sevestre a expérimenté le médicament dans l'entérite infectieuse des jeunes enfants qui se développe souvent à la suite d'une alimentation vicieuse. Il a fait prendre sans répugnance une potion de 60 grammes aromatisée avec du rhum contenant 50 centig. de la substance active. Les résultats, sauf dans les cas légers, n'ont pas été très encourageants. Widowitz a réussi dans la plupart des cas d'affections intestinales infantiles, sauf dans la diarrhée verte avec vomissements de lait caillé. Bouchard la conseille encore dans l'urémie toujours pour réaliser l'antisepsie intestinale.

Dans la dysenterie, Falkenberg a obtenu des guérisons dans bien des cas en cinq ou six jours en employant la naphtaline unie à l'huile de castoréum. Novikoff a traité 12 cas par des doses de 25 centig. répétées trois à six fois par jour. Chez tous ses malades il a noté, dès le premier ou le deuxième jour, le soulagement de la douleur et du ténesme. Dolgopoloff a observé des améliorations rapides par suite de l'usage du médicament; il note surtout l'abolition du ténesme et la diminution de la fétidité des matières.

De Pezzer (Association française pour l'avancement des sciences, 1886) a vu la naphtaline réussir dans des cas d'affections des voies urinaires où l'essence de térébenthine avait échoué. Les injections ou les applications locales en suppositoires n'ont rien donné, et il a dû administrer le produit dans des capsules de gluten à la dose de 1 gramme par jour. Sous cette forme, il n'y aurait pas d'éructations désagréables. Il l'a employé chez les vieux calculeux, les prostatiques, dans les pyélo-néphrites et dans les cystites; Rossbach a obtenu une amélioration marquée, même dans des lésions vésicales graves incurables.

Mentionnons enfin, pour être complets, l'emploi de la naphtaline comme vermifuge. Crœmer l'a administrée contre les oxyures, et Koriander la regarde comme un anthelminthique puissant pour chasser les ascarides et les lombrics. Il donne 4 à 6 centig. par jour chez l'enfant et le double chez l'adulte. Elle s'est montrée impuissante contre le tænia.

Les auteurs varient un peu sur les doses de naphtaline que l'on peut administrer sans danger. Pour éviter les troubles fonctionnels, Rossbach conseille de commencer par de faibles doses (10 centig.) et de tâter le malade. Bouchard donne couramment 5 grammes. Gœtze a été à 6 et 7 grammes. Pour les enfants au-dessous de 1 an, la dose doit être de 10 centig. par jour, de 20 centig. toutes les trois heures au-dessus de 2 ans. Il faut toujours l'employer avec précaution chez les jeunes sujets.

4. Ayant eu connaissance des résultats que Kaposi avait obtenus par le naphtol dans le traitement de la gale, Furbringer l'essaya dans la même maladie dès 1882. Il a traité avec succès 56 galeux en leur faisant faire, dans les vingt-quatre ou trente-six heures, 3 ou 4 frictions avec 100 ou 150 grammes d'une solution à 10 où 12 p. 100 de naphtaline, dans l'huile de

lin, chauffée au bain-marie. Dans l'eczéma chronique, le psoriasis et l'herpès tonsurant, il n'a obtenu aucun résultat. Emery et Boissière l'ont préconisée contre le psoriasis. Il ne faut pas oublier que Franmuller a vu son emploi dans la gale suivi du développement d'un eczéma généralisé très pénible.

5. L'usage de la naphtaline en chirurgie date des premières recherches de Fischer (1881). Sur la plaie, dit cet auteur, elle ne forme pas de croûtes gênant l'issue des liquides et n'entrave en rien la formation des bourgeons charnus; elle déterge les ulcérations sanieuses dont les sécrétions prennent le caractère séreux.

Les recherches se sont multipliées les années suivantes et nous avons à citer celles de Diakonow, Hager, Jasinski, Klink, Anschütz, Hoffmann, ainsi que de nouveaux travaux de Fischer. Rydygier recommande beaucoup la naphtaline comme succédané de l'iodoforme, et l'a employée dans les plaies, opératoires ou non, les plus diverses. Dans quelques cas, il a vu se développer de l'eczéma causé par le topique qui donne lieu souvent, au moment de son application, à une sensation passagère de brûlure. Contrairement à Fischer, il a vu la naphtaline s'agglutiner avec le pus et former des croûtes qui gênent les sécrétions; pour éviter cet accident, il faut envelopper le pansement d'un tissu imperméable qui s'oppose à l'évaporation. Pour Rydygier, un des avantages de la naphtaline est d'être plus irritante que l'iodoforme, ce qui est utile dans le traitement des ulcères torpides et des adénites suppurées.

Bonning (thèse de Strasbourg, 1882) a étudié le pansement dans la clinique de Lucke; il lui trouve tous les avantages : prix très modéré, maniement facile, absence d'intoxication.

Diakonoff s'est servi de la naphtaline chez 90 malades : ulcères, plaies, grandes et petites opérations. Après nettoyage, il badigeonnait avec une solution de chlorure de zinc à 8 p. 100, puis saupoudrait avec le topique pour recouvrir ensuite d'une couche d'ouate naphtalinisée, d'une seconde couche d'ouate hygroscopique et enfin de papier ciré. Les tissus antiseptiques étaient préparés en les imprégnant de la solution suivante : naphtaline, 1; alcool et éther, ââ 4.

Le pansement eut la plus heureuse influence sur la marche des ulcères atoniques et gangréneux, tandis qu'il ralentit la cicatrisation des surfaces granuleuses.

On a employé la naphtaline contre la plupart des ulcères atoniques ou septiques, et l'on peut se servir, pour le pansement, d'une pommade contenant 1 partie de substance active contre 3 de vaseline, en interrompant dès que la plaie commence à saigner.

Klink conseille la naphtaline en poudre ou en solution éthérée pour le pansement des chancres. Il a traité ainsi 360 cas de chancres, dont 70 siégeant à l'anus ou dans le vagin, et vu céder très rapidement les phénomènes inflammatoires et la tendance au phagédénisme, etc.

En France, ainsi qu'on peut le voir par le résumé des travaux dont nous avons eu connaissance, la naphtaline est fort peu employée en chirurgie. On ne saurait trop souhaiter cependant de la voir soumise à une expérimentation rigoureuse afin d'être définitivement fixé sur la valeur qu'elle peut présenter.

Paul CHÉRON.

©BIU Santé

Observation de rage paralytique.

Inoculations pastoriennes.

Par Ant. Courtade, ancien interne des hôpitaux.

La rage paralytique se présente-t-elle à la suite de la morsure d'un chien atteint de rage, chez des individus qui n'ont point subi les inoculations préventives?

Plusieurs observations ont été produites dans ce sens, et cela diminue l'autorité des assertions de quelques auteurs, qui pensaient que cette forme était un des résultats immédiats des vaccinations rabiques, et que la rage à forme paralytique n'existait pas en dehors de toute inoculation.

Le cas que nous avons observé est complexe et ne saurait lever tous les doutes que certains peuvent conserver encore. Pour notre part, nous nous bornons à relater d'une façon impartiale les faits que nous avons constatés; libre à d'autres d'en tirer les conclusions.

Le 5 mars, le nommé Coste (Denis), âgé de 28 ans, est mordu à l'index droit par son chien, qui a été reconnu enragé, après autopsie faite par M. Guimbal, vétérinaire; la plaie est cautérisée par un pharmacien avec de l'acide phénique.

Le 6 mars, il vient me demander un certificat de blessure pour pouvoir aller suivre à Paris le traitement Pasteur; je constate que la pulpe de l'index droit présente une plaie qui paraît réunie par première intention; là se borne, du reste, mon examen, l'exploration minutieuse de la plaie n'étant d'aucune utilité.

Il part pour Paris le soir même, emportant la tête de son chien pour la remettre au laboratoire.

Dès le 7 mars, il commence le traitement. Il lui a été fait, m'a-t-il dit, 19 piqûres, dont 2 pendant les cinq premiers jours et seulement 1 pendant les neuf autres jours qu'a duré le traitement.

Il éprouva, après trois ou quatre jours, une sorte de fièvre assez vive qui survenait le soir, se prolongeait souvent pendant toute la nuit et l'empêchait alors de dormir; inquiet, il questionna plusieurs compagnons d'infortune qui lui avouèrent éprouver aussi les mêmes symptômes.

Au retour dans sa ville natale, le 21 ou 22 mars, il était très enroué par suite d'un refroidissement. Il ne travailla pas pendant quinze jours, comme cela lui avait été recommandé. Observa-t-il une sobriété exemplaire pendant cette période d'inaction? c'est ce qu'il me serait difficile d'établir; cependant, j'ai tout lieu de croire qu'il commit quelques infractions.

Il vint chez moi le 3 avril, c'est-à-dire quinze jours après son retour de Paris, et me demanda pendant combien de temps encore il devait observer le repos; « car, me dit-il, je ne suis pas solide sur les jambes, je suis toujours fatigué et transpire à la moindre marche; de plus, je souffre toujours de la tête comme à Paris; mon front est brûlant et ma tête est lourde; cependant je dors et mange assez bien ».

Comme tous ces symptômes existaient depuis qu'il était revenu de Paris et que sa situation ne s'était pas aggravée, je le rassurai de mon mieux en lui disant que tous les inoculés éprouvaient les mêmes effets, et que dans quelques jours tout cela disparaîtrait. En effet, cela devait disparaître, mais d'une façon tragique.

Le dimanche, 8 avril, je suis mandé pour voir le malade; il me raconte que, le jeudi 5 avril, se trouvant chez son père, il fut pris assez rapidement d'une faiblesse dans les jambes qui l'empêcha de retourner chez lui; il dut donc s'aliter là où il se trouvait.

Cette faiblesse des membres inférieurs augmenta sans cesse, de sorte que, le 8 avril, il existait presque une paraplégie complète; cependant il pouvait mouvoir ses jambes, mais avec peine.

Les mains, bien affaiblies, exerçaient encore une pression assez énergique que l'on peut évaluer à la moitié de la pression à l'état normal. Il lui était impossible de s'asseoir tout seul sur son lit, il fallait même le soutenir pour qu'il ne retombât pas.

Le matin, ses parents lui avaient donné, de leur propre autorité, de l'huile de ricin parce qu'il n'était pas allé à la selle depuis quatre jours, contrairement à ses habitudes; mais il lui fut impossible de se tenir debout devant son lit.

La veille, 7 avril, il avait été pris d'une douleur extrêmement pénible dans le bas-ventre, douleur qui présentait des irradiations jusque vers le creux épigastrique; c'est en ce dernier point qu'il éprouvait la sensation de poids, de gêne considérable. Je demandai si les douleurs étaient superficielles et se faisaient surtout sentir aux points où les injections avaient été faites; il me répondit que les douleurs étaient profondes, et que le maximum était au creux de l'estomac. — Les flancs où avaient été faites les piqûres ne présentaient rien d'anormal, pas plus que le doigt blessé.

Il lui arrivait parfois dans la bouche des mucosités, des glaires qu'il rejetait avec difficulté; ce n'était point de la *sputation*, à proprement parler, car l'action de cracher n'existait pas chez lui.

La région stomacale donne un son tympanique à la percussion dans une grande étendue.

Depuis trois jours, il tousse beaucoup, mais c'est plutôt une simple expiration, et de peu d'énergie, qu'une véritable quinte; cette toux ressemble à celle que présentent les bronchitiques, quand ils ont une fracture de côtes; elle est courte, faible, insuffisante, parce qu'elle ravive les douleurs.

Chez Coste, il en est de même; chaque secousse de toux réveille et exaspère la douleur abdominale, ce qui la rend très pénible. Cependant l'auscultation ne révèle pas l'existence de râles nombreux comme on aurait pu s'y attendre en voyant le malade tousser.

Les boissons qu'il prend sont gardées et il n'éprouve aucune difficulté à avaler; depuis qu'il est malade, l'appétit a disparu.

Les urines provoquaient une sensation de brûlure il y a quelques jours; mais cette douleur pendant la miction a disparu; actuellement, les urines sont peu abondantes.

L'intelligence est absolument intacte et il répond aisément aux questions qui lui sont adressées.

Nous ferons remarquer que, dès *le 8 avril*, la respiration s'entend mal, parce que l'ampliation thoracique est faible; dès qu'on invite le malade à respirer fort, ce qu'il fait au prix d'énergiques efforts, la respiration reparaît avec ses caractères normaux.

Le 9 avril, à neuf heures du matin, le malade se trouve dans un état de profond accablement.

La toux est très pénible et les efforts ne parviennent pas à arracher les mucosités qui le gênent; il arrive parfois à en rejeter un peu, mais avec beaucoup de peine.

Il ne peut même plus se tenir assis sur son lit pendant qu'on l'ausculte, bien qu'il soit soutenu par des aides; il est vite épuisé par la fatigue que détermine cette position. La respiration est encore plus courte, plus superficielle que la veille, comme si la parésie avait atteint les muscles thoraciques.

Le malade est inquiet de sa situation, et il lui arrive souvent de se lamenter, de pleurer.

La parole est encore assez facile, quoique lente, entrecoupée à cause de la fatigue que nécessitent les mouvements du maxillaire inférieur.

Ce matin, le soleil pénétrait dans la chambre et venait éclairer le plancher, mais sans atteindre le malade dont le lit était placé dans un angle de l'appartement; il fit néanmoins fermer les volets, parce que cette lumière vive le gênait; il y avait donc de la *photophobie*.

Il avale sans difficulté les boissons qui lui sont présentées : il urine très peu; cependant la vessie ne contient que très peu d'urine.

La température est de 37°8; le pouls est petit, faible, mais régulier.

Le 9 avril, à cinq heures du soir, la situation s'est aggravée. Cependant, il a pu dormir quelques instants après avoir pris quelques cuillerées de potion.

La sensibilité au tact et au pincement est intacte. La faiblesse des jambes est telle qu'il lui est impossible de soulever le pied assez haut pour atteindre ma main placée à 25 ou 30 centimètres de la surface du lit.

©BIU Santé

Pour les changer de place, il les fait ramper péniblement, lentement sur le lit; puis, après un effort si minime qu'il soit, il semble avoir épuisé tout l'influx nerveux et se retrouve plus accablé qu'avant.

Les réflexes rotuliens sont totalement abolis. L'abdomen est légèrement ballonné, surtout dans la région de l'estomac.

Après avoir été maintenu assis sur son lit pendant quelques instants pour permettre de l'ausculter, il retombe comme une masse, épuisé, « car, disait-il, il va se trouver mal ».

L'auscultation ne révèle que la faiblesse de la respiration qui n'est point entendue, si le malade ne respire pas plus fort qu'à l'ordinaire; d'ailleurs, il n'existe que quelques râles sous-crépitants moyens; nulle part de la diminution dans la sonorité thoracique à la percussion.

Ce soir, on remarque une certaine difficulté pour parler; il présente une sorte d'embarras, de gêne dans les mouvements de la mâchoire qui rend la prononciation pâteuse.

La parole est plus lente, plus pénible à produire que le matin; évidemment, la lésion médullaire a atteint certains noyaux bulbaires.

Les centres moteurs des yeux sont intacts, car le champ de rotation des yeux, dans l'orbite, est normal; la vision est intacte.

La force des mains a considérablement diminué depuis vingt-quatre heures. L'intelligence est toujours intacte; cependant il aurait présenté, pendant quelques minutes, à deux reprises différentes, un léger délire; l'une des fois, il croyait voir une voiture dans le lointain.

Le malade aurait rejeté, le soir, une partie de la potion qu'on lui donne par cuillerée à bouche.

L'urine de ce soir ne contient *ni albumine*, ni sucre.

Il succombe aux progrès de la paralysie dans la nuit, à deux heures du matin.

En résumé, un malade, ayant une plaie peu étendue du doigt, faite par la morsure d'un chien enragé, subit les inoculations quarante-huit heures environ après l'accident. Le traitement complet lui est appliqué pendant quatorze jours. Il tombe malade seize jours après avoir quitté Paris, et succombe après cinq jours de maladie.

BIBLIOTHÈQUE

Fièvres de surmenage, par V.-M. Rendon. — Paris, Delahaye et Lecrosnier, 1888.

Voici les principales conclusions de cette thèse intéressante :

Le surmenage physique peut être une cause suffisante et exclusive de maladie, les états morbides revêtant alors presque toujours le caractère typhoïde, et intéressant particulièrement le tissu musculaire, y compris le muscle cardiaque.

On peut observer trois formes principales : un état typhoïde apyrétique, un état typhoïde fébrile sans lésions des solides, un état typhoïde avec lésions passagères ou permanentes intéressant de préférence le cœur, les vaisseaux, la moelle.

Dans les faits appartenant à la deuxième division, certains symptômes sont parfois tellement prédominants qu'on a pu penser au début d'une variole ou même d'une fluxion de poitrine.

Les états pathologiques produits par le surmenage résultent de l'altération du sang et de l'imprégnation de l'organisme par l'accumulation des matières extractives, des leucomaïnes.

Enfin, si le surmenage reconnaît pour se produire des modalités d'actions multiples, sa pathogénie est une, et il demande une place spéciale dans le cadre nosologique.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Le traitement de l'incontinence d'urine par le Rhus aromaticus. — Le docteur MAX, le distingué médecin de l'hospice des Enfants assistés de Bruxelles, a exposé dans le journal *La Clinique* (août 1887) les résultats qu'il a obtenus avec ce médicament. Déjà Ellis avait relaté dans son manuel pratique des maladies de l'enfance deux observations d'incontinence traitée avec succès par le Rhus aromaticus.

Les Rhus, de la famille des Térébenthacées, sont des astringents plus ou moins puissants. Le Rhus aromaticus, cultivé jusqu'à présent seulement pour l'ornementation, a été récemment introduit dans la thérapeutique par les Américains; son écorce est astringente, résineuse et renferme un principe âcre.

M. Max s'est servi pour ses essais d'une teinture préparée par macération de 200 grammes d'écorce dans 1000 grammes d'alcool à 80°. Suivant l'âge des malades il a prescrit des doses quotidiennes de 20 à 50 gouttes de cette teinture qui a toujours été bien supportée; sur 11 observations qu'il rapporte, on compte neuf succès plus ou moins décisifs; aussi déclare-t-il qu'il faut bien se garder de considérer le Rhus aromaticus comme le spécifique de l'incontinence nocturne d'urine essentielle, mais seulement qu'il y a lieu de poursuivre l'enquête sur sa valeur thérapeutique dans cette désagréable infirmité.

L'enquête a été poursuivie par le docteur Ern. BURVENICH, médecin de l'orphelinat des garçons à Gand (*Annales de la Société de médecine de Gand*, 1888). Sur 33 cas, il a obtenu un résultat excellent chez 11 malades, satisfaisant chez 10 autres, peu important chez les 12 autres. Chez presque tous ceux qui ont éprouvé le bon effet du médicament, ce bon effet s'est fait sentir après cinq à six jours; chez quelques-uns il a fallu patienter un mois, et à la longue tous ont été influencés par le médicament.

Comment agit le Rhus aromaticus? L'interrogatoire des malades, les expériences faites par M. Burvenich sur lui-même montrent que l'usage de cette substance ne produit aucune sensation, aucun phénomène physiologique appréciable. En tenant compte d'un cas où, chez un homme de 79 ans atteint de paralysie incomplète de la vessie sans rétrécissement de l'urèthre ni hypertrophie de la prostate, la teinture du Rhus aromaticus, à 2 gr. 50 par jour, a rendu les mictions beaucoup plus faciles avec un jet assez fort et continu, M. Burvenich se demande si le Rhus aromaticus ne constitue pas un tonique puissant dont l'effet serait comparable à celui des préparations de noix vomique avec action élective sur la vessie. — P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai. — Présidence de M. POLAILLON.

SOMMAIRE : Plaie pénétrante de l'abdomen. — Action des petits projectiles de guerre. — Rapport de M. Kirmisson sur une série d'observations et discussion sur la hernie du testicule. — Plaie de la paume de la main. — Présentation de malade.

M. MONOD : Un malade fut apporté dans le service dans la nuit de dimanche à lundi avec une plaie de la région épigastrique laissant passer l'estomac et les intestins. Après une antisepsie minutieuse, on réduisit les organes herniés et on fit la suture de la peau. Aujourd'hui, le blessé est en bon état.

— M. CHAUVEL lit un rapport sur un travail de M. Meynier, intitulé : *Contribution à l'étude des effets des nouveaux projectiles de petit calibre.* L'auteur, après avoir observé deux plaies de la main avec grands désordres produits par des projectiles du fusil Gras, institua des expériences avec ce projectile et avec celui de 8 millimètres. Il en conclut qu'une balle en plomb, rencontrant le tissu compacte d'un os, éclate lorsque la vitesse dépasse 120 mètres; lorsqu'il y a une enveloppe métallique, l'éclatement se produit quand la vitesse atteint 150 à 200 mètres; des débris restent dans la plaie et d'autres

©BIU Santé

sortent en produisant de nouvelles blessures. A 400 ou 500 mètres, les effets explosifs ne se produisent plus. M. Chauvel a fait, il y a plus d'une année, des expériences avec les balles de 8 millimètres à enveloppe d'acier ; il n'a jamais vu ni déformation ni morcellement, même en tirant à pleine charge et à bout portant. On ne peut donc conclure du cheval à l'homme.

M. Kirmisson lit un rapport sur trois observations envoyées à la Société.

La première, recueillie par M. le docteur Labrosse, rapporte un fait de fracture de l'extrémité supérieure du tibia. Le malade, dans une chute qu'il fit dans un fossé, sentit nettement qu'il y avait un mouvement de rotation en dedans de son membre inférieur gauche fixé au sol. Le péroné ne se fractura pas et la consolidation se fit très rapidement trente-huit jours) dans un appareil de Scultet. La raideur articulaire disparut très vite. Le mécanisme de cette fracture est absolument identique à celui qui a été indiqué par les classiques.

La deuxième, adressée par M. le docteur Oriol (de Bellegarde), est intitulée : *Plaie contuse du scrotum; hernie des deux testicules; réduction et guérison.* Le testicule droit, dit l'auteur, était resté entouré de sa tunique vaginale, ce qui est rare dans ces cas ; le testicule gauche fut maintenu réduit par une aiguille qui resta vingt-quatre heures passées à travers la glande. L'auteur s'entoura de toutes les précautions antiseptiques possibles.

La troisième observation est de M. le docteur Vigot, qui relate un cas de rupture de l'urèthre ayant nécessité, à cause du rétrécissement consécutif, deux uréthrotomies externes infructueuses suivies d'une taille hypogastrique. Le blessé, et M. Vigot insiste sur ce fait, était tombé sur la hanche gauche et non à cheval. Les phénomènes cliniques classiques se produisirent; malgré la mise en place d'une sonde à demeure, on ne put bientôt passer que des bougies de plus en plus fines, et enfin le rétrécissement devint très serré. Une première, puis une deuxième uréthrotomie externe n'ayant pas permis de trouver le bout supérieur, on pratique la taille hypogastrique sans employer le ballon de Petersen, la vessie étant très distendue. M. Oriol eut la plus grande peine à atteindre le bas-fond, que l'on dut élever à l'aide d'un doigt introduit dans le rectum et put enfin placer une sonde en caoutchouc rouge. Le soir, la température monta à 40°, mais bientôt la fièvre cessa, et actuellement (un an après l'opération), on peut passer dans le canal le n° 20 de la filière Charrière.

M. Kirmisson fait remarquer qu'il est toujours bon d'employer le ballon de Petersen pour faciliter l'accès du col, et que M. Oriol a eu des difficultés pour ne pas s'en être servi.

M. Tillaux : Quand on croit devoir, à tort, employer une sonde en caoutchouc rouge, il est bon de la fixer dans la vessie par un fil, car ce genre de sonde se replie facilement. Il ne comprend pas bien une hernie du testicule entouré de sa tunique vaginale; dans le cas où cette dernière reste en place, on a une plaie du scrotum avec sortie de la tunique fibreuse commune avec le testicule. Pourquoi M. Oriol a-t-il fixé le testicule à la peau? L'agrandissement de la boutonnière cutanée aurait probablement suffi.

M. Th. Anger a vu dernièrement un malade avec plaie du scrotum et hernie des deux testicules. Quarante-huit heures après l'accident, bien qu'il ne soit pas sûr qu'il y ait eu une perte de substance du scrotum, il ne put réduire que le testicule gauche et fit la castration du droit; cette conduite lui semble bonne dans les cas semblables.

M. Reclus a vu à Bicêtre un vieillard qui s'était ouvert le scrotum. Il n'y avait pas de perte de substance et, malgré cela, la réduction fut très difficile; des sutures furent placées pour la maintenir, mais le malade mourut le lendemain d'une plaie pulmonaire qu'il s'était faite en même temps. M. Reclus pense que les difficultés de la réduction tiennent à la contraction du dartos, au gonflement de l'épididyme et des plexus très abondants qui prennent toute la place.

M. Terrier : On a dit qu'étant donnée une plaie du scrotum, quand le testicule est hernié et que la plaie est restée à l'air et est enflammée, la réduction est très difficile, peut même être impossible, et que, quand on ne peut réduire, il est quelquefois permis de castrer. Il ne peut accepter cette proposition, quand il reste une certaine quantité du

scrotum. Il croit qu'il faut disséquer ou bien encore faire une suture, sauf quand il y a une grande perte de substance. La réintégration du testicule en place est difficile, par la raison que donne M. Reclus, et a été signalée il y a longtemps. M. Terrier croit qu'avec des débridements larges, on peut facilement réunir la plaie. Ces débridements empêchent les tiraillements sur les points de suture.

M. Tillaux croit qu'il serait bon, quand on éprouve d'aussi grandes difficultés, de couvrir le scrotum de compresses chaudes, quitte à avoir un peu de sang. En attendant au lendemain, s'il le faut, on trouvera de la place. Le cas de M. Anger est peut-être unique ; car, jusqu'à présent, on n'a castré que des hernies anciennes avec adhérences.

M. Anger maintient son opinion. Les deux testicules étaient sortis, le testicule droit était impossible à enfermer, il n'a pas cru devoir le laisser à l'air, et a sectionné.

M. Reclus ne croit pas que le froid, l'opération, l'émotion, puissent expliquer l'absence de réintégration du testicule. Dans la cure radicale de l'hydrocèle, on réduit facilement.

M. Terrier : Quand on fait une cure radicale d'hydrocèle, le scrotum est distendu depuis longtemps et ne revient pas sur lui-même. Il n'y a pas à comparer ces conditions avec celles qui se présentent dans le cas de hernie traumatique. Il faut invoquer, dans ces dernières, l'inflammation, les douleurs, le contact des corps étrangers.

M. Kirmisson : M. Tillaux dit que, dans la hernie du testicule, ce dernier n'était pas enveloppé par la tunique vaginale; ce n'est là qu'une question de mot, quoique, cliniquement, ce soit très important, car la glande recouverte se réduit facilement. Il ne comprend pas qu'on soit obligé d'en venir à la castration. Kocher (de Berne) a dit, après d'autres, que, le testicule étant abandonné au dehors, des granulations se développent et le recouvrent peu à peu.

— M. Bousquet fait une communication sur un cas de plaie de la paume de la main, dans lequel il a été impossible de retrouver les bouts supérieurs des tendons divisés. La plaie convexe, faite avec du verre, partait du milieu de la face palmaire du pouce et allait à la face palmaire de l'index, le sommet de la courbe passant au-dessous de la ligne médiane de la main. Il y eut une grande hémorrhagie. Les tendons du fléchisseur du pouce et de l'index étaient sectionnés, ainsi que la moitié de celui du médius. On plaça un garrot au bras, mais le sang coulant dès qu'on le desserrait, et pinces ou ligatures restant insuffisantes, on lia la radiale et la cubitale. Alors le blessé étant chloroformé, on rechercha les tendons, qui furent impossibles à trouver malgré la section des muscles de l'éminence thénar jusqu'au-dessous du poignet.

M. Bousquet demande si, dans un cas semblable, on serait autorisé à ouvrir largement l'avant-bras, à accrocher le tendon par un fil de catgut et à le traîner à la remorque dans sa gaine par un stylet aiguillé. Pour son malade, il a dû se borner à suturer le bout inférieur du fléchisseur dans la plaie et à faire un pansement antiseptique. Les suites de l'opération ayant été très simples, il voudrait savoir ce qu'il conviendrait d'entreprendre pour que le malade ne restât pas infirme.

M. Lucas-Championnière pense qu'il faut faire la recherche du tendon qu'il aurait été plus avantageux de poursuivre de suite en attendant un peu, l'accident s'étant produit le soir. Quand on attend trop, le rapprochement des bouts tendineux devient difficile à cause de la rétraction musculaire. A son avis, donc, il faut rechercher le plus rapidement possible. M. Bousquet ne s'est pas servi de la bande d'Esmarck ou au moins du tourniquet, cela est malheureux, car on peut alors opérer presque à sec.

M. Schwartz a eu occasion de traiter un blessé dont le fléchisseur profond du pouce était sectionné. Trois semaines après l'accident, l'impotence étant absolue, il opéra. La recherche du bout supérieur fut très difficile, malgré la bande d'Esmarck, car 6 centimètres au moins séparaient les deux extrémités. Le résultat opératoire fut très bon.

M. Berger insiste sur ce fait qu'il y a grand avantage à faire le plus tôt possible la suture des tendons, et il est peu satisfait des résultats de la suture tardive. Dans un cas

©BIU Santé

où les tendons du quatrième et du cinquième doigt avaient été complètement sectionnés, la suture donna naissance à une corde ne permettant plus aux doigts de s'étendre.

M. Kirmisson fait remarquer la grande utilité de la bande d'Esmarck, qui exprime pour ainsi dire les muscles quand on l'applique de haut en bas.

— M. Terrillon présente un malade qui, à la suite d'un traumatisme de l'épaule suivi cinq semaines après de vives douleurs, est atteint actuellement de paralysie radiale. Après examen, plusieurs membres de la Société émettent l'avis qu'il s'agit d'un cal vicieux de la clavicule et que l'opération est indiquée. — P. C.

COURRIER

Dissolution de la Société de médecine de Strasbourg. — Nous avons appris avec étonnement la suppression inattendue de cette Société savante, qui, par son ancienneté et la valeur de ses travaux, semblait être à l'abri d'une semblable mesure. Voici l'arrêté de dissolution :

Vu l'autorisation accordée le 5 novembre 1842 à l'Association dite « Société de médecine » ;

Vu l'article 1er, alinéa 2, de la loi du 10 avril 1834 sur les associations ;

J'arrête ce qui suit :

Article 1er. — L'autorisation donnée à la « Société de médecine de Strasbourg » est retirée à ladite Société dissoute.

Art. 2. — M. le directeur de police est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Strasbourg, le 25 avril 1888.

Le président du département,
De Stichaner.

L'acte de notification est ainsi conçu

Strasbourg, le 30 avril 1888.

Monsieur le président du Comité de la « Société de médecine de Strasbourg ».

J'ai l'honneur de vous adresser ci-incluse une copie de l'arrêté du 25 avril, prononçant la dissolution de la Société de médecine de Strasbourg, et vous invite à faire cesser immédiatement le fonctionnement de cette Société.

Dans le cas où une séance du comité serait nécessaire pour régler les affaires et la situation financière de la Société, vous voudrez bien m'adresser une demande d'autorisation, en m'indiquant exactement le jour, l'heure et le local de la réunion.

Je rends en même temps le comité attentif à l'article 2 de la loi du 10 avril 1834, relative aux associations, en vertu duquel toute personne faisant partie d'une Société non autorisée est passible d'un emprisonnement de 2 mois à 1 an et d'une amende de 50 à 1,000 fr.

Le directeur de police,
Fichter.

La Société de médecine de Strasbourg comptait parmi ses membres des noms d'une grande et légitime notoriété scientifique. Nous ne connaissons aucun acte de cette Société qui ait pu motiver la mesure de rigueur dont elle est victime.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent de l'appétit et relèvent très rapidement les forces.

Chlorose. Albuminate de fer. Liqueur de Laprade. — Une cuillerée par repas.

Dyspepsies. — Anorexie. — Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. La prophylaxie publique de la syphilis à l'Académie de médecine de Paris. — II. PINTAUD-DÉSALLEIS : Opération césarienne. — Guérison. — III. BIBLIOTHÈQUE : Les médecins pendant la Révolution (1789-1799). — IV. REVUE DES JOURNAUX : La cocaïne comme moyen de diagnostic différentiel dans les maladies du larynx. — Traitement des kystes à échinocoques. — Contribution à l'étude de l'épilepsie réflexe. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — VI. THÈSES de doctorat. — VII. FORMULAIRE. — VIII. COURRIER. — IX. ANALYSE du Lait d'Arcy.

La prophylaxie publique de la syphilis à l'Académie de médecine de Paris (1).

Rapport fait au nom d'une commission composée de MM. RICORD, BERGERON, LE ROY DE MÉRICOURT, Léon LE FORT, Léon COLLIN et Alfred FOURNIER, rapporteur.

Discussion par M. BARTHÉLEMY.

Exergue : Il y a trois choses dans l'étude de la syphilis : la reconnaître, — la guérir, — l'empêcher. Or, chacun sait que prévenir vaut encore mieux que guérir.

I

Nous sommes bien en retard pour rendre compte de la communication que Fournier a faite à l'Académie, au nom de la commission de la prophylaxie de la syphilis. Nous prions notre cher maître de vouloir bien nous excuser; nous faisons les mêmes excuses à nos lecteurs, qui, sans aucun doute, ont déjà entendu parler de ce remarquable travail où l'on retrouve toutes les qualités du brillant professeur. D'ailleurs, la question est toujours d'actualité : la syphilis, hélas! n'a pas changé ses allures; et, chose non moins grave, la société ne semble pas s'émouvoir des faits, pourtant effrayants et majeurs, qui lui sont révélés. Cette indifférence est d'autant plus inexplicable, qu'*à côté du péril, on a signalé et indiqué le remède;* mais la philosophie nous enseigne qu'il faut prendre les choses telles qu'elles sont. Or, si la syphilis semble immuable, la société est inconsciente, l'administration apathique ou routinière, en tout cas, ennemie ou effrayée de toute réforme; il n'y a donc pas lieu de s'étonner que rien de ce côté ne se modifie ou ne s'agite.

Il n'en est plus de même de l'Académie, compagnie trop éclairée pour ne pas oser aborder de front toutes les améliorations possibles; particulièrement compétente, elle doit, d'une part, être attentive à tous les faits scientifiquement démontrés, et, d'autre part, se montrer vigilante pour tout ce qui touche de près la santé publique. Tel est son droit; nous dirons plus, tel est son devoir. L'Académie de médecine, qui caresse l'espoir de faire un jour partie de l'Institut de France, aurait là une merveilleuse occasion de rendre au pays un éclatant service, en organisant la défense et la victoire contre le terrible fléau. Qu'elle use donc de sa grande autorité et de sa légitime influence pour convaincre l'administration et les pouvoirs publics de

(1) Paris, G. Masson, éditeur, 69 pages in-8°, 1887.

©BIU Santé

la nécessité qu'il y a à enfin s'occuper d'un danger si redoutable pour la santé générale, voire pour la race!

Partout, de Belgique en Russie, la question, la même, est presque simultanément à l'ordre du jour; partout on cherche à s'organiser pour cette défense : des travaux récents en font foi. En France, alors que la population décroît, alors qu'il naît moins d'enfants, en laissera t-on mourir dont on aurait pu empêcher la perte? Pourquoi rester dans une coupable indifférence, dans une funeste expectative? Il y a un danger énorme, pressant; l'Académie le sait, elle qui, tous les jours, cherche à en combattre les tristes effets. Le temps n'est-il pas venu de faire violence à la routine, de tenter, de ce côté aussi, quelque progrès, et de réaliser enfin quelque amélioration sur ce qui existait il y a cinquante ans? Quand même l'honneur de la science ne l'exigerait pas, l'intérêt des populations françaises imposerait l'institution de garanties plus efficaces, moins illusoires que les actuelles. Certes, il n'est pas question de supprimer l'amour, — qui le voudrait à l'Académie? — mais il est de toute nécessité de l'assainir.

Que la prostitution soit un mal, cela ne fait de doute pour personne; mais il nous semble que, dans l'état actuel de la société, c'est un mal nécessaire; en tous cas, de tous temps, dans tous les pays, elle a existé. Si donc elle doit disparaître, il est certain que le jour n'est pas proche. *En attendant*, il y a lieu de se prémunir contre les inconvénients qu'elle comporte, qu'elle dissémine, qu'elle distribue en grand nombre et aux plus innocents, jusqu'aux enfants qui viennent de naître! D'ailleurs, ceci touche plus le moraliste que l'hygiéniste. La prostitution existe, *voilà le fait;* elle sème la mort et la maladie en propageant les maladies vénériennes, voilà ce qui, seul, doit préoccuper le médecin. Le clinicien réclame la réglementation et, par suite, l'inscription, parce que c'est *la seule manière d'arriver à une surveillance médicale qui soit efficace et protectrice.* La réglementation est le contraire de l'abus, de l'arbitraire. Ce ne sont certes pas les hommes les plus libéraux ni les plus bienfaisants, ni les plus justes, qui demandent la liberté, même pour les prostituées, et qui s'opposent à l'inscription! Sous le prétexte spécieux de se cantonner dans les spéculations exclusivement scientifiques, par une vaine raison de réserve toute déplacée, ou du moins fort exagérée, ou par un fallacieux argument de dignité mal comprise, que l'Académie ne refuse pas de se prononcer, qu'elle ne se désintéresse pas de cette question où seule elle peut décider en connaissance de cause! Et une fois la décision prise, qu'elle en poursuive la réalisation et s'efforce de la faire aboutir! Elle ne peut se croiser les bras ni se taire! Loin de se compromettre, elle gagnera en prestige, même si sa voix n'est pas entendue aujourd'hui. L'avenir lui rendra justice, et elle aura du moins l'honneur d'avoir donné l'avertissement dans le péril, et, pour détruire le mal, d'avoir fait tout son devoir! Que l'Académie profite de l'occasion qui se présente pour contribuer à délivrer la société d'un vieil et cruel ennemi! Qu'elle prenne l'initiative de la discussion et de la réalisation des réformes, laissant seulement aux hommes spéciaux le soin d'établir les détails et de parfaire l'application. Là est le bien; là est la vérité... Tout le reste est pur mirage de raison; mais élevons le débat.

A Paris, notamment, le mal s'étend chaque jour; on y a pu remarquer la recrudescence du fléau après chaque affluence d'étrangers, par exemple, après chaque grande Exposition. Or, la province, et les faits le démontrent, ne peut, au point de vue sanitaire tout au moins, rester indifférente à ce

qui se passe dans la capitale. Bien plus, toutes les classes de la société, toutes les nations mêmes y sont intéressées. Fournier nous montre dans son rapport que la syphilis des filles de rue peut rebondir jusqu'aux femmes de foyer et atteindre les familles les plus honnêtes ; de même, la syphilis des pays étrangers rebondit sur celle du nôtre et inversement, peut-on ajouter. C'est une conséquence forcée des modifications dans les relations des peuples, dans les moyens de transport, dans la diffusion des richesses, dans les communications plus rapides et plus fréquentes. De nos jours, il n'est plus un pays qui ne soit directement intéressé à la santé des autres. Dans l'espèce, aucune nation ne peut sagement s'abstenir dans la lutte contre la vérole.

Il serait donc tout indiqué, il serait nécessaire de s'entendre à ce sujet. Il nous semble, pour notre part, que ce serait là une belle tâche pour le Congrès international de syphiligraphie, ou peut-être mieux d'hygiène, qui aura lieu à Paris, lors de la prochaine Exposition universelle.

Quoi qu'il en soit de tout ce qui précède, nous le répétons, un mal immense existe ; les choses ne peuvent raisonnablement rester en l'état. En vérité, il ne faut plus que, selon l'expression des anciens, l'acte destiné à donner la vie puisse être cause que la source de la vie soit tarie[1].

Mais, sans plus abuser de la patience des lecteurs, et souhaitant seulement que l'appel de Fournier soit entendu et que des améliorations soient réalisées sans trop tarder, nous allons entrer en matière.

II

Le rapport du professeur Fournier est — est-il besoin de le dire ? — très clair et très méthodique, très élégant et si complet qu'il échappe à l'analyse. Tout s'y tient et s'y enchaîne au point que le rapport doit être lu en entier et médité. Non seulement la question est bien présentée dans son ensemble, dans son importance, dans ses conséquences actuelles, mais on peut dire que jusqu'ici, dans aucun travail, elle n'a été envisagée avec autant de justesse, d'ampleur et de largeur de vues, avec autant de libéralité et d'équité, et surtout avec autant d'humanité. Le rapport signale les points défectueux et perfectibles ; de plus, il indique les moyens de réaliser les améliorations désirables et rêvées. Les propositions même qui ne sont pas d'une application facile trouvent leur raison d'être et leur explication dans les qualités si éminentes de cœur, dans la bonté, dans le désir d'être utile et secourable, dans la volonté de réparer des dommages et de supprimer des souffrances ou des injustices.

Plusieurs faits, bien démontrés, ont servi de base et de point de départ à ce travail :

1° L'excessive fréquence de la syphilis dans la population et les désastres qu'elle occasionne ;

2° L'effroyable mortalité qui sévit sur les enfants hérédo-syphilitiques ;

3° L'insuffisance notoire du système actuel de prophylaxie syphilitique et de l'ensemble des mesures administratives et autres qui sont *censées* protéger contre la syphilis.

III

1. — La *syphilis* n'est pas ce qu'on la représente en général, ou telle que la jugent ceux qui ne la connaissent que de nom ou de renom. Fournier est bien obligé d'insister sur ce fait que certains médecins oublient et que les

©BIU Santé

gens du monde ignorent, *puisque la solution du problème échappe à l'action médicale et dépend de personnages étrangers à la science médicale*. Or, il faut le faire entendre à tous, la syphilis est une infection stable, permanente, ultra-féconde en manifestations de tous genres, les unes légères, les autres sérieuses, quelques-unes mortelles. Même dans ses périodes de silence, la diathèse acquise est là qui veille, guettant les moindres défaillances de la résistance de l'économie.

Qui, mieux que Fournier, pouvait traiter cette question avec autorité, lui qui a le plus contribué à faire passer l'étude de la syphilis de la période tégumentaire, pour ainsi dire, à la phase médicale? Or, il ajoute : « C'est une diathèse qui s'empare de tout l'être, et qui n'est réduite au silence que par un traitement très prolongé. » Il faut bien savoir ce fait pour expliquer l'importance qu'attachent à sa répression ceux à qui incombe le soin de veiller à la santé publique. Oui, en réalité, la syphilis est une maladie désastreuse, néfaste, par les dangers multiples qu'elle comporte; ces dangers sont de trois ordres : *A — B — C*.

A. *Dangers individuels*. — B. *Dangers héréditaires*. — C. *Dangers sociaux*.

Nous ne pouvons citer ici que quelques exemples :

A. Nombre de syphilitiques meurent par le cerveau, du fait de leur syphilis; c'est là un fait qui s'impose, une vérité qui n'est plus actuellement ni contestable, ni contestée.

B. De 71 à 86 p. 100, tel est le chiffre navrant des morts dans la progéniture des sujets syphilitiques. Est-ce assez dire quelle part prend la syphilis dans la mortalité générale de l'enfance? Sans compter toutes les affections graves, jadis imputées à la scrofule, et qui ne sont que des manifestations tardives de l'hérédité syphilitique.

C. Principales infirmités sociales.

Infirmités diverses; incapacité de travail; misère; surcharges budgétaires pour l'assistance publique; non-valeur permanente d'un grand nombre de militaires; contaminations innombrables répandues dans la population; dangers afférents au mariage; contaminations conjugales, d'où désunions, séparations, divorces.

Contaminations fréquentes des nourrices, stérilisation d'un certain nombre d'unions ou, ce qui est pis encore, étiolement, abâtardissement, dégénération de la race.

Enfin, polymortalité des jeunes constituant un très actif facteur de dépopulation, etc.

« La *syphilis* et l'*alcoolisme* constituent ce qu'on peut appeler les *deux plaies sociales de l'époque* actuelle. C'est un cri d'alarme qu'ont jeté de vieille date médecins et hygiénistes. » Parent-Duchatelet, Michel Lévy et beaucoup d'autres ont fait entendre de touchantes, d'éloquentes protestations contre l'indifférence en pareille matière.

Nous ajouterons : Une seule chose confond l'imagination, c'est l'inertie des pouvoirs publics en face de fléaux pareils. Et dire qu'en Angleterre on a soutenu que la *vérole était d'essence divine* et avait été inventée pour mettre un frein utile à la velléité fornicatrice (1)! Fournier n'est pas moins

(1) En vérité, on croit rêver quand on pense que c'est pour une telle raison que, dans la patrie d'Hutchinson, on a supprimé les « contagious diseases acts ». Il en est pourtant ainsi et non pas, ainsi que récemment on l'a écrit, parce qu'ils n'avaient produit que des

véridique quand il démontre que la *syphilis n'est pas un certificat de débauche*. Elle est loin d'être *une maladie méritée*. Elle ne signifie rigoureusement que ceci : contagion dans *une* rencontre malheureuse, cette rencontre pouvant être la première ou la seule! D'ailleurs, la syphilis fût-elle méritée, serait-il charitable de s'en désintéresser? Poser la question, c'est la résoudre.

Et puis, *sont-elles méritées* ces syphilis, en si grand nombre, que les femmes mariées et honnêtes reçoivent de leur mari, soit que ce mari, syphilisé dans sa vie de garçon, se soit présenté prématurément au mariage, soit qu'il ait contracté la maladie après le mariage?

Sont-elles méritées aussi ces syphilis, en si grand nombre, que les nourrices reçoivent de leurs nourrissons, pour les transmettre ensuite soit à leurs enfants, soit à leurs maris, soit à d'autres nourrissons?

Sont-elles méritées encore ces syphilis que les nourrissons reçoivent de leurs nourrices?

Et celles, en nombre infini, que les enfants apportent en naissant et qui les tuent pour la plupart.

Et toutes ces syphilis d'origine non vénérienne qui résultent d'un simple contact accidentel et dont nous ne pouvons ici entreprendre même l'énumération : syphilis vaccinale, des verriers, des enfants par les jouets, des médecins, des sages-femmes, des infirmiers, des parents, des malades, etc., etc.?

Ce n'est là d'ailleurs qu'une discussion futile; car, qui ne voit que, méritées ou imméritées, *toutes les syphilis sont rigoureusement solidaires et que celles-ci sont les filles de celles-là?*

Voici encore une phrase à fixer dans le souvenir : « L'expérience clinique nous montre chaque jour la syphilis rebondissant du bouge le plus abject au foyer le plus honnête... Conséquemment, poursuivre la syphilis de la prostituée, c'est protéger *ipso facto* la femme honnête et l'enfant innocent; agir autrement, c'est commettre un non-sens en hygiène. » Et d'ailleurs pourquoi ces distinctions? Quel médecin ne sera pas frappé de la justesse de ces réflexions?

Nous ne pouvons, certes, qu'applaudir à ces paroles qui expriment absolument la vérité (1). (*A suivre.*)

Opération césarienne. — Guérison.

Observation lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 mars 1888,

Par le docteur Pintaud-Désallères, de La Rochefoucauld (Charente).

Femme M..., âgée de 29 ans, rachitique, domiciliée dans la commune de Bunzac, est arrivée au terme de sa grossesse, lorsqu'elle m'envoie chercher le 2 novembre 1887, à neuf heures du soir. — Il convient de mentionner ici qu'aussitôt que j'ai su cette femme

déceptions. D'abord ils n'ont jamais été mis en vigueur à Londres, mais seulement dans *quatre* grandes villes *maritimes*. Ensuite, à Plymouth notamment, les résultats avaient été si satisfaisants que, députés radicaux et tories, tous avaient été convaincus par les faits et étaient devenus, sans distinction de parti, d'ardents partisans de ces mesures salutaires et bienfaisantes.

(1) Dans un travail récent (*Acad. de méd. de Paris*, 26 octobre 1887), Fournier revient sur ce chapitre si important des *syphilis imméritées* avec des statistiques nouvelles et toujours plus concluantes, si possible.

©BIU Santé

enceinte, je lui ai spontanément proposé l'avortement, qu'elle a repoussé. Je ne pouvais compter sur l'accouchement prématuré, puisque je savais le rétrécissement de 6 centimètres environ. Plus tard, huit jours avant que les douleurs s'emparassent d'elle, j'avais parlé de son admission à l'hôpital, où je me proposais de faire l'opération césarienne alors dans de bonnes conditions. Il me fut répondu par son mari que la première fois je l'avais sauvée, que je la sauverais bien encore, et que surtout il n'entendait pas que je lui ouvrisse le ventre, que le sort de sa femme seule le préoccupait, etc., paroles qu'il ne manqua pas de me répéter quand il vint me chercher dans la nuit du 2 novembre.

C'est dans ces conditions que nous arrivons auprès de la malade, le docteur Audiot et moi, persuadés qu'une fois encore il nous faudra exercer l'action fatale du céphalotribe sur le crâne d'un enfant vivant. Cependant, comme j'avais étudié avec soin le manuel opératoire de l'hystérotomie, je n'hésitai pas à emporter tout ce qui pouvait m'être nécessaire pour l'exécution de cette opération, dans l'espoir qu'au dernier moment le cœur ému de la mère nous demanderait de sauver son enfant.

Nous trouvons installée depuis la veille au lit de la malade la sage-femme, qui nous apprend que les douleurs datent d'au moins vingt-quatre heures, qu'elles sont fortes surtout depuis quatre heures, et que la poche s'est rompue dès les premières contractions. La patiente, quoique énergique, a le pouls faible; elle souffre, aussi demande-t-elle notre intervention immédiate, car elle est lasse d'attendre. C'est alors que, palpant le ventre, je trouve la tête dans la fosse iliaque droite; je pratique le toucher, et mon doigt tombe dans le creux axillaire gauche; les battements du cœur de l'enfant sont vigoureux. Ces données nous suffisent : notre parti est bien vite pris. Nous déclarons d'un commun accord à la famille que nous n'avons plus le choix de faire telle ou telle opération, que seule l'opération césarienne s'impose par suite de la présentation de l'épaule. Devant une déclaration aussi catégorique, chacun finit par céder, et bientôt nous sommes à même de pratiquer l'hystérotomie, à une heure du matin, dans une chambre défectueuse, une vraie bicoque, éclairés par deux lampes tenues chacune par une villageoise, secondés par quelques autres femmes de bonne volonté qui laveront les éponges et se chargeront des premiers soins à donner à l'enfant.

Les préliminaires de l'opération une fois achevés, tels qu'évacuation du rectum et de la vessie, nettoyage aseptique de la peau de l'abdomen, je fais, pendant que la sage-femme administre le chloroforme, une injection de huit gouttes d'ergotinine Tanret. Puis, tandis que le docteur Audiot exerce de ses deux mains la compression bilatérale de la paroi abdominale dans le but de maintenir le parallélisme des plaies abdominale et utérine, je commence sur la ligne médiane la section de la paroi abdominale à 10 centimètres au-dessus du nombril, que je contourne à gauche pour la poursuivre toujours sur le plan médian jusqu'à 10 centimètres au-dessous, réalisant ainsi une plaie d'au moins 20 centimètres de longueur. Le péritoine ouvert avec ménagement, le globe utérin nous apparaît brunâtre : j'en incise parallèlement la paroi dans toute son épaisseur, qui est au moins de 1 centimètre, et les membranes rapidement divisées, j'extrais facilement par les pieds un beau garçon un peu asphyxié, mais bien vite rappelé à la vie. L'extraction du délivre n'est pas plus difficile; après quoi la matrice entre en contraction et revient aussitôt sur elle-même. Malgré cela, le sang s'écoule en bouillonnant par le riche plexus vasculaire de la coupe de section, surtout vers le sommet de l'utérus, hémorrhagie vraiment effrayante qui cède bientôt à la compression du globe utérin par la main et aussi à un mouvement de traction de cet organe qu'on porte en antéversion. Alors surgit une autre complication : projection au dehors de l'épiploon et de la masse intestinale, que la main du confrère finit par maintenir à l'intérieur de la cavité abdominale en pinçant entre ses doigts la partie sus-ombilicale de l'incision abdominale.

Débordé que j'étais par le sang, et pressé d'en finir, je négligeai le lavage antiseptique de la cavité utérine, aussi bien que le décollement de la séreuse qui recouvre la matrice, ainsi que le conseille Saenger dans le but de faire une suture profonde musculaire et une suture superficielle séreuse. Je fais donc la suture de l'utérus en jetant une douzaine de points séparés au catgut, dont chaque anse embrasse une grande

épaisseur du muscle utérin ainsi que la séreuse, en ayant soin, toutefois, d'éviter que l'aiguille pénètre dans la cavité utérine.

Procédant ensuite à la toilette de la cavité abdominale, je retire, à l'aide d'éponges phéniquées, du sang liquide et coagulé; après quoi je fais la suture abdominale : suture profonde avec des fils métalliques, suture superficielle avec des épingles. Le pansement a consisté en carrés de tarlatane préalablement bouillie imbibés d'eau phéniquée, taffetas gommé, ouate, bandage de corps.

L'opération avait duré plus d'une heure, temps pendant lequel la patiente n'a cessé d'être sous l'action du chloroforme.

Pendant le cours de l'opération, imitant un procédé fort en usage en ovariotomie, le docteur Audiot faisait appliquer, de chaque côté de la paroi abdominale, des compresses imbibées d'eau très chaude, excellente pratique destinée à combattre la tendance au refroidissement des viscères de l'abdomen.

Placée dans son lit et réchauffée, la malade, fortement prostrée, présentait un pouls peu rassurant; une injection d'éther l'eut bien vite tirée de cet état de torpeur.

Prescription. — Thé au rhum; vin vieux; deux à cinq pilules d'opium de 25 milligr. par vingt-quatre heures.

En dehors de l'écoulement de sang produit par la section de l'utérus, nous n'avons eu aucune ligature à faire, aucune pince hémostatique à appliquer. J'avais bien préparé un tube de caoutchouc pour faire la ligature momentanée de l'utérus au niveau du col, mais l'hémorrhagie n'a pas été assez abondante et persistante pour m'en servir.

Il est un point de l'opération sur lequel je désire revenir, parce qu'il n'est pas sans nous avoir quelque peu surpris; je veux parler de l'épaisseur de la paroi utérine offrant au moins un centimètre de surface de section, alors que je m'attendais à faire l'incision d'une simple poche. C'est qu'il faut bien se rappeler que, depuis vingt-quatre heures, les membranes étaient rompues, qu'une notable quantité de liquide avait dû s'écouler, d'autant mieux que la présentation n'était pas céphalique, qu'enfin, les contractions aidant, le muscle utérin était revenu sur lui-même et avait nécessairement gagné en épaisseur ce qu'il avait perdu en surface.

Après l'extraction de l'enfant et du délivre, la cavité utérine se réduit encore; et alors nous avons une plaie à bords excessivement épais difficiles à affronter; c'est une des raisons, avec l'hémorrhagie, qui m'ont détourné de faire la dissection de la séreuse utérine, suivant la méthode de Saenger. Eh bien, après avoir effectué la suture profonde de la plaie utérine, j'ai pu me convaincre, trop tard il est vrai, que l'adossement des feuillets séreux était praticable, la suture des parties profondes ayant réalisé un affrontement suffisant pour pouvoir effectuer la suture superficielle. Donc, à l'avenir, il est inutile de se laisser intimider par la difficulté apparente de l'affrontement de la plaie utérine.

Le 4 novembre. — Etat général bon. Parole et faciès excellents. Pouls 100. Temp. 37,2. Absence de nausées. Prend souvent bouillon et vin. Sommeil. Etablissement régulier des lochies. Je ne touche pas au pansement.

Le 6. — Amélioration progressive. Nuits bonnes. Appétit. La montée du lait s'es bien faite, l'enfant a même pris le sein. Pouls 96, temp. 37,7. Premier pansement : absence de suppositoire, un peu d'humidité au niveau de l'ombilic. Peau de l'abdomen normale, ni ballonnement ni sensibilité à la pression. Pansement phéniqué. Toilette intime. Changement de linge et de lit. Alimentation un peu plus copieuse.

Le 9. — Etat général et local excellent. Lactation abondante. Deuxième pansement : ablation de quatre épingles.

Le 11. — Quasi-guérison. Pouls 76. Appétit excellent. Absence de douleurs. Ablation des dernières épingles et de tous les points de suture. Plaie bien cicatrisée. Couche d'ouate. Bandage de corps qui sera maintenu pendant plusieurs mois.

Le 24. — Mère et enfant se portent bien. La cicatrice, qui ne mesure plus que 8 centimètres de longueur, est tellement forte et rétractée qu'il n'y aura probablement aucune trace d'éventration. La pression de la main sur le ventre est absolument insensible; on ne perçoit même plus le globe utérin. Néanmoins la femme ne se lèvera pas avant le 4 décembre, c'est-à-dire un mois après l'opération.

©BIU Santé

Le résultat de cette opération a été tel que je crois tout commentaire superflu. Aussi ne fixerai-je l'attention de nos confrères que sur un seul point : la bénignité relative des suites immédiates de l'hystérotomie, la promptitude du rétablissement de la malade, par opposition aux dégâts matériels occasionnés par l'embryotomie, aux désordres consécutifs et surtout à l'ébranlement général de l'organisme, auquel il n'a pas fallu moins de trois mois pour se remettre; voilà pour la mère. Pour l'enfant : d'un côté la mort inexorable; de l'autre, la vie avec toutes ses espérances. Et pour nous, comme suprême récompense, la joie du devoir accompli sanctionnée par la réussite.

BIBLIOTHÈQUE

LES MÉDECINS PENDANT LA RÉVOLUTION (1789-1799), par le docteur Constant SAUCEROTTE, Paris, Perrin, 1887.

Dans cet ouvrage posthume, l'auteur étudie le rôle des médecins dans les assemblées de la Révolution, dans les armées, pendant la Terreur, et enfin après la Convention. Que de noms remarquables cités dans ce petit volume : Barthez, Desgenettes, Broussais, Esquirol, Larrey, Vicq-d'Azir, et bien d'autres encore! Que de traits de bravoure et de courage professionnel ou politique relevés par l'auteur : Cabanis sauve des proscrits réfugiés à l'hôpital et donne à Condorcet le poison qui lui permet d'éviter l'échafaud; Esquirol défend officieusement des accusés sans avocats; Vauquelin, le 10 août, sauve un Suisse réfugié chez lui; E. Geoffroy-Saint-Hilaire parvient à faire échapper, quelques jours avant les massacres de Septembre, Haüy, son maître, et douze prêtres renfermés avec lui à Saint-Firmin.

Dans les temps de faiblesse morale que nous traversons, de tels livres, écrits par un homme de cœur, ne peuvent que nous attacher davantage aux devoirs et à l'honorabilité professionnels qu'un trop grand nombre, hélas! semblent parfois négliger. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

La cocaïne comme moyen de diagnostic différentiel dans les maladies du larynx, par BAUMGARTEN. (*Wiener med. Wochenschrif*).— Un des symptômes les plus fréquents et les plus difficiles à interpréter, même par le laryngologiste le plus expérimenté, est l'infiltration œdemateuse des cordes vocales. Cette lésion peut, en effet, être due aussi bien à un simple catarrhe qu'à une altération tuberculeuse, scrofuleuse, syphilitique ou cancéreuse. De plus, il n'est pas rare que l'examen le plus minutieux de la constitution générale et des antécédents du malade ne fournissent aucun moyen de trancher la difficulté et de fixer le diagnostic. L'auteur trouve dans la cocaïne un criterium sûr. On sait, en effet, que cet agent produit une contraction des capillaires des régions sur lesquelles il est placé ; il en résulte une pâleur, une anémie locale plus ou moins persistante. C'est ce qui arrive quand il s'agit d'un simple catarrhe ; mais on n'obtient point ce même résultat quand un facteur étiologique plus sérieux, la syphilis, par exemple, est en cause.

Ainsi, quand à l'aide d'un pinceau on fait parvenir quelques gouttes d'une solution de cocaïne sur les cordes vocales, si la muqueuse ne pâlit pas, on peut être assuré qu'on est en présence d'une maladie sérieuse et non d'une inflammation purement catarrhale. Baumgarten a expérimenté le fait nombre de fois ; la solution qu'il emploie est à 10 p. 100.

Traitement des kystes à échinocoques. — *La Rivista clinica* (5 octobre 1887) dé-

crit la méthode adoptée par le professeur Baccelli dans le traitement des kystes à échinocopes. En voici le résumé :

Aspirer une certaine quantité du liquide du kyste (10 cent. cubes par exemple) et la remplacer par une quantité égale d'une solution de sublimé à 2 p. 1000. Cette méthode a été couronnée de succès dans deux cas ; les tumeurs ont graduellement diminué de volume et les malades ont pu se lever et vaquer à leurs occupations.

Contribution à l'étude de l'épilepsie réflexe. — Le docteur Schloss rapporte dans la *Wiener méd. Wochenschrift* (n° 48, 1887), une observation intéressante d'accès épileptiques, survenus chez un jeune homme de 16 ans, à la suite d'une fracture de la clavicule. Il était naturel de penser qu'il y avait entre les symptômes et le traumatisme une relation de cause à effet, et, devant la fréquente croissante et la gravité des accès, le malade consentit à se soumettre à la résection qu'on lui proposait. Malheureusement, l'opération n'eut pas le résultat espéré. L'auteur tire de cette expérience cet enseignement qu'il faut, dans des cas semblables, se livrer à un examen minutieux afin de bien établir que les accès sont bien de nature reflexe et qu'il ne s'agit pas d'une épilepsie essentielle se manifestant à l'occasion d'une traumatisme. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire intitulé : *De la valeur relative du vaccin humain et du vaccin animal au point de vue des vaccinations. Avantages de la revaccination animale étudiée dans l'armée*, par le docteur Chatin ;

2° Un état des vaccinations et revaccinations pratiquées sur les troupes de la garnison de Vienne en 1887, par le docteur E. Tartière.

M. Debout (d'Estrées) lit un travail sur les cas de fragmentation spontanée de calculs dans la vessie. Ils sont de petit volume, nombreux et composés d'acide urique et d'urates.

— M. Périer donne lecture de deux observations concernant : la première, l'extraction de corps étrangers polypiformes des deux articulations des genoux ; la deuxième, un fait de ligature de la jugulaire interne et de la carotide primitive quarante-huit heures après la transfixion de ces vaisseaux par un fragment de lame d'épée resté fixé dans les vertèbres cervicales.

— MM. Mordret et Pierret sont élus correspondants nationaux dans la première division.

— M. Dujardin-Beaumetz regrette de n'avoir pas été présent à la dernière séance pour prendre la parole au moment de la communication de M. Bourgoin. Il attache une grande importance à la question du monopole de l'antipyrine et a déjà traité cette question à la Société de médecine pratique. En France, légalement, un médicament ne peut être breveté ; il en est de même du nom d'un produit, à condition qu'il soit passé dans le domaine public. Or, ce n'est qu'à partir du 22 février 1885 que le nom d'antipyrine a été déposé, cette appellation ayant déjà été employée, en 1884, pour désigner le produit en question, dans tous les journaux de France et d'Europe. M. Dujardin Beaumetz pense donc que l'Assistance publique peut garder sans craintes le nom d'antipyrine. Le seul nom de Knorr peut être regardé comme une marque de fabrique.

Si l'administration redoutait des procès, l'orateur eût préféré qu'elle adoptât le nom chimique diméthyl-oxy-quinizine, plutôt que de désigner un même corps par un troisième nom. Il se peut très bien, en effet, que l'on trouve dans la série aromatique un corps auquel on donne le nom d'analgésine, sans compter que les pays étrangers peuvent suivre l'exemple et donner à l'antipyrine d'autres dénominations.

©BIU Santé

Au point de vue de la chimie pure, le nom diméthyl-oxy-quinizine n'est plus exact, car Knorr et ses élèves ont montré que la quinizine n'existait pas. Il faudrait appeler l'antipyrine phényl-diméthyl-pyrazolon.

Comment, du reste, nommer ces nouveaux médicaments? Aussi, M. Dujardin-Beaumetz s'est-il trouvé très embarrassé pour désigner un nouveau corps qu'il a expérimenté dernièrement : le dinitrate de diamido-phényl-acridine.

De tous côtés, en France, on s'occupe de produire industriellement les corps de la série aromatique, et l'auteur est heureux de présenter de l'antipyrine cristallisée obtenue par M. Petit, ainsi qu'un nouveau corps fabriqué par d'autres pharmaciens : l'anhydride de l'acide phénylhydrosine Léverlique. Il a, dernièrement, expérimenté les phénylacétines, qui sont antithermiques et analgésiques à la dose de 0,50 à 1 gramme.

M. le baron Larrey désirerait que l'on ne donnât jamais à l'Académie de noms de pharmaciens.

M. Dujardin-Beaumetz s'élève contre ces paroles et dit qu'il sera toujours heureux de citer les noms d'hommes dont les travaux sont utiles au pays et font honneur à l'industrie française.

M. Laborde ne croit pas que l'on fabrique actuellement d'antipyrine en France; celle que M. Dujardin-Beaumetz a présentée viendrait de Suisse. Il regrette que l'on fasse opposition au nom d'analgésine, qui exprime bien la véritable action du médicament.

MM. Riche et Dujardin-Beaumetz sont certains que M. Petit fabrique de l'antipyrine.

Sur la proposition de MM. Gautier et Dujardin-Beaumetz, l'Académie nomme une commission chargée de trouver une nomenclature pour les nouveaux médicaments; cette commission est composée de MM. Bourgoin, Gautier, Laborde, Dujardin-Beaumetz et Constantin Paul.

— M. Laborde communique à l'Académie le résultat de ses recherches sur la narcéine. Cl. Bernard avait expérimenté le premier cet alcaloïde, qui est un narcotique pur. Etant interne à l'hôpital des Enfants, M. Laborde en obtint les plus heureux effets surtout dans la coqueluche. Puis brusquement le médicament cessa d'être employé. La cause principale de cet oubli fut que, tandis que la narcéine primitivement fournie était soluble, celle obtenue ensuite par le même procédé, mais par d'autres chimistes, ne l'était plus.

M. Laborde, s'associant un chimiste distingué, a pu reprendre ses recherches. Il a obtenu un produit qu'il appelle la méco narcéine, qui est un mélange où la narcéine domine, mais est associée à divers autres alcaloïdes encore non isolés. Ce corps complexe est parfaitement soluble dans l'eau.

Physiologiquement, la méco-narcéine produit la narcose. Un chien moyen à qui on en donne 1 à 2 centigrammes s'endort tranquillement dans un temps qui varie de huit à quinze minutes. Pas de vomissements, pas de rêves, sommeil très léger, pas d'anorexie. Le tableau est bien différent quand on donne de la morphine au même animal, et les accidents qui se produisent alors sont bien connus. On peut comparer la narcéine à la codéine, mais cette dernière est bien moins avantageuse, car quelques milligrammes au-dessus de la dose physiologique donnent des convulsions. La codéine est aussi analgésiante jusqu'à un certain point, mais moins que la morphine.

M. Laborde a employé la narcéine dans différentes affections. Son action s'exerce d'une façon élective sur les centres de perception sensitive et excito-moteurs. Elle combat merveilleusement l'insomnie nerveuse, névropathique; 1 à 2 centigr. suffisent, mais on peut aller jusqu'à 5 centigr. en vingt-quatre heures sans effets fâcheux pour le tube digestif. Une insomnie diabétique insupportable a été guérie. Dans les bronchites, la sensation du besoin de tousser disparaît et la sécrétion diminue. Les résultats sont surtout excellents dans la coqueluche, dont les quintes nocturnes disparaissent très vite; la durée de la maladie est très abrégée.

On peut employer la méco-narcéine en injections sous-cutanées, et, ce qui est très important, la substituer à la morphine sans que les morphiomanes s'en aperçoivent.

M. Peyraud (de Libourne) pense avoir découvert, en épuisant des cerveaux rabiques par l'alcool, le poison soluble de la maladie. Injecté à des lapins, ce liquide qui, chauffé, exhalait l'odeur de la tanaisie, les a tués avec des symptômes de rage paralytique.

— M. Reynier étudie l'influence du hancher gauche et de la station assise droite sur les déviations de la colonne vertébrale.

Généralement dans la scoliose ordinaire, c'est-à-dire à convexité dorsale tournée à droite, à convexité lombaire tournée à gauche, le bassin est incliné de haut en bas et de droite à gauche.

Pour combattre cette inclinaison, Jules Guérin et Duchenne (de Boulogne) ont employé un siège incliné en sens inverse du bassin, de telle sorte que le centre de gravité du tronc se porte sur l'ischion gauche en station assise gauche.

Il se passe là pour la station ischiatique ce que nous avons constaté pour les pieds placés sur un plan incliné de haut en bas et d'arrière en avant, ou sur un plan transversalement incliné ou sur des chaussures inclinées par des talons hauts, c'est-à-dire que le centre de gravité se porte toujours du côté le plus élevé du plan d'appui; l'on peut remplacer le plan incliné par un livre plus ou moins épais placé sous la fesse gauche.

Le docteur Dally a dit que « le hancher droit produit les mêmes effets mécaniques que la station assise gauche ».

Pour que le hancher gauche produise les mêmes effets mécaniques que la station assise droite, il faut que le tronc se porte tout d'une pièce à gauche, la cuisse gauche appuyant sur le bord du siège, ou, mieux, le pied gauche remplaçant l'ischion de ce côté.

Le coude gauche, appuyé sur la table, peut encore remplacer l'ischion gauche.

L'appareil de l'auteur, avec pression élastique sur la fesse droite, favorise la station assise droite.

Instinctivement, un sujet auquel il est ordonné de s'asseoir sur la fesse droite tend à incliner le buste à droite, comme dans le hancher droit. Il faut donc bien spécifier qu'il est nécessaire, pendant la station fessière droite, de porter fortement le tronc tout d'une pièce en avant et à gauche. Sans cette précaution, la courbure lombaire, en augmentant, déjette le tronc à droite et la tête est ramenée dans l'axe vertical par l'inclinaison de la colonne dorsale à gauche, c'est-à-dire par l'augmentation de la courbure dorsale.

— M. Grandclément (de Lyon) montre l'utilité et les principales indications des injections d'antipyrine en oculistique. Quatre à cinq injections à la tempe suffisent pour obtenir tout ce que peut donner le médicament. Il injecte 25 centig. d'antipyrine dans dix gouttes d'eau distillée avec un demi-centig. de cocaïne, et n'a jamais eu d'abcès, mais seulement un œdème local sensible à la pression, qui dure six à huit jours. La médication réussit rapidement et presque constamment contre les douleurs; souvent, et moins vite, contre les spasmes. Elle modifie favorablement la plupart des inflammations des globes, surtout si elles s'accompagnent de douleurs ciliaires et agit d'autant mieux que ces douleurs sont plus vives. — P. C.

Thèses présentées a la Faculté de médecine de Lyon pendant les mois de janvier, février, mars et avril 1888.

Fraty (Louis-Charles) : L'antipyrine et les convulsions épileptiformes. — Gaillard (Georges) : De l'influence de la lumière sur les micro-organismes. — Ravoux (Louis) : Du dépeçage criminel au point de vue anthropologique et médico-judiciaire. — Gastinel (Alfred) : Du défaut d'élimination des médicaments actifs dans le cas de lésions rénales; contribution à l'étude de ses dangers. — Laulanié (F.) : Etude critique et expérimentale sur les cellules géantes normales et pathologiques. — Métin (Edmond) : Des greffes cutanées et plus particulièrement de la greffe cutanée par approche suivant la méthode italienne modifiée. — Roland (Charles) : Du traitement des rétroversions et des rétroflexions utérines adhérentes et de leur complications (endométrite, paramétrite). —

©BIU Santé

Devillebichot : Résultats donnés par l'emploi combiné de la méthode antiseptique et du drainage articulaire dans les plaies larges des articulations. — Riel (Philibert) : De la tuberculose lobaire. — Desplans (Denis) : Du rôle de l'hérédité dans l'étiologie de la phthisie pulmonaire. — Beaupère (Eugène) : Anesthésie par le chloroforme dans la trachéotomie chez les enfants atteints de diphthérie laryngée. — Achard (Félix) : De la ventilation à Lyon ; application de la ventilation renversée aux hôpitaux d'isolement et à pavillons isolés. — Benoit (Georges) : De l'empoisonnement criminel en général. — Mauduit (Georges) : Du cyanure de potassium en médecine judiciaire. — Bertoye (Henry) : Etude clinique sur la fièvre du goître exophthalmique et comparativement sur les fièvres spéciales à quelques autres névroses.

FORMULAIRE

Potion contre le ténia.

Huile éthérée de fougère mâle	3	grammes.
Tenture de vanille	3	—
Sirop de térébenthine	25	—
Gomme arabique pulvérisée	2	—
Eau distillée	25	—

F. s. a. une potion, à prendre en une seule fois, dans une égale quantité de lait. — Huile de ricin 2 heures plus tard, pour provoquer l'expulsion du ténia ou du botriocéphale. — N. G.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* Lait *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes en cristal plombées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé.

Association des médecins de France. — *Bienfaiteurs de l'Association.* — Le trésorier, M. Brun, a reçu les dons suivants, à l'occasion de la réunion de l'assemblée générale, de :

MM. les docteurs Henri Roger	500 fr.
Ricord	500
Burdel (de Vierzon)	100
Hugot (de Laon)	200
Baron Larrey	100
Leroux (de Versailles)	100
Hérard	100
Leroy-Dupré (de Bellevue)	200
Mme la baronne Jules Cloquet	100
Total	1.900 fr.

Société de médecine de Paris. — Séance du 12 mai 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Desnos : Phlegmon périprostatique ; foyer anormal de suppuration. — 2. M. Dubrisay : Intoxication par les moules. — 3. Communications diverses.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

QUINIUM-ROY *granulé,* extrait normal de quinquina soluble, tonique, fébrifuge.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Bibliothèque : Maladies de l'appareil digestif. — De la fracture marginale antérieure de la malléole interne. — III. Revue des journaux : Hématurie. — Les vésicatoires dans l'épilepsie jacksonienne. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Formulaire. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie.

BULLETIN

La chirurgie française, malgré l'habitude qu'elle a prise, d'après M. le professeur Billroth, de suivre d'un pied boiteux les chirurgies anglaise et allemande, vient d'enrichir d'un nouveau fleuron sa couronne; sans doute les ectopies cardiaques sont rares, mais on en voit probablement en Allemagne et en Angleterre comme en France, et jusqu'alors on n'a pas encore songé à les guérir par une opération chirurgicale. Sur ce point donc, les chirurgiens étrangers, même le professeur de Vienne, seront obligés d'emboiter le pas, boiteux ou non, derrière M. le professeur Lannelongue, à qui revient l'honneur d'avoir pratiqué le premier, et avec succès, cette délicate opération, dont on trouvera les détails dans le compte rendu de la séance de l'Académie des sciences.

A l'Académie de médecine, M. le docteur Dujardin-Beaumetz, tout en combattant la monopolisation de la diméthyloxyquinizine, s'est efforcé de conserver à cette substance le nom d'antipyrine qu'on est habitué à lui donner; mais son opinion a été combattue par MM. Laborde et Constantin Paul, qui adoptent ainsi la manière de voir de M. Bourgoin. En attendant

FEUILLETON

CAUSERIE

Il est certaines feuilles privilégiées dont tous les membres sont également distingués dans les diverses branches scientifiques auxquelles ils ont consacré leurs études. Je n'apprendrai rien à personne en disant que, parmi cette aristocratie de l'intelligence, la famille Reclus occupe un des rangs les plus élevés; aussi, puis-je la nommer sans m'exposer à blesser sa modestie. Ce fait constaté, permettez-moi, chers lecteurs, de vous présenter une œuvre d'un des membres de cette famille; jusqu'ici, nous connaissions les géographes, l'ingénieur, l'officier de marine, le chirurgien, que sais-je encore? tous gens plus ou moins positifs ou adonnés aux sciences exactes; un de leurs neveux, M. J.-L. Faure, sans être peut-être moins positif, ou réaliste au fond, car il est interne des hôpitaux, c'est-à-dire futur médecin ou chirurgien, caresse la Muse à ses moments perdus, et son séjour à Bicêtre (comme interne, non comme interné) lui a inspiré une description de ce séjour de misères que ne renieraient pas les meilleurs de nos poètes actuels.

L'*Epopée de Bicêtre*, tel est le titre d'une petite brochure d'une trentaine de pages qu'un de nos maîtres (celui de l'auteur aussi) nous a donné comme un petit chef-d'œuvre. Je rapporte l'opinion de notre maître, parce que dans son jeune temps il a

©BIU Santé

qu'on ait statué sur son compte, l'antipyrine, en injections sous-cutanées, a donné de bons résultats à M. le docteur Grandclément (de Lyon) dans le traitement de diverses affections oculaires douloureuses.

Les névralgies vont avoir d'ailleurs un nouvel adversaire dans une substance récemment expérimentée par M. le docteur Laborde, la méco-narcéine, extraite de l'opium depuis assez longtemps, mais dans un état d'impureté qui en avait fait négliger l'emploi. M. Laborde a obtenu un produit mieux préparé qui lui a donné de bons résultats dans le traitement de l'insomnie, de diverses névralgies, et qui pourrait être essayé contre la morphiomanie. — L.-H. P.

BIBLIOTHÈQUE

MALADIES DE L'APPAREIL DIGESTIF, leçons faites à la Faculté de médecine de Montpellier, par L. BAUMEL. — Montpellier, C. Coulet; Paris, A. Delahaye et E. Lecrosnier; 1888.

Le volume du professeur de Montpellier est destiné à présenter aux médecins et aux étudiants un résumé à la fois succinct et complet de l'état de la science, relativement à la pathologie du tube digestif.

La première partie du programme que s'est posé le maître est certainement remplie; en est-il de même de la seconde? C'est ce que nous allons examiner.

Après avoir débuté par l'air de bravoure habituel relatif aux théories chères à l'école de Montpellier, M. Baumel étudie les affections des premières voies en négligeant, volontairement sans doute, celles qui se développent dans la scrofule et la tuberculose. Il confond avec la stomatite aphteuse l'herpès buccalis, qui ne serait autre « que les aphtes ayant pour siège de prédilection la face interne des lèvres et des joues », et ne mentionne pas la fréquence de la stomatite ulcéro-membraneuse chez les jeunes enfants.

Les angines sont suffisamment étudiées; les considérations sur le traitement de l'angine diphthéritique sont un peu spéciales, et à l'école de Paris on est actuellement fort peu partisan des vomitifs.

Une des parties les mieux travaillées est celle qui traite des affections de l'estomac;

---

aussi quelque peu taquiné la Muse, qu'il a encore présents à la mémoire, après quarante ans, tous les beaux vers qu'il a appris au temps où on lisait Alfred de Musset, Victor Hugo, Lamartine, etc. dans les salles de garde, et qu'en somme il s'y connaît mieux que moi; mais mon opinion est conforme à la sienne, et, pour vous convaincre de la valeur de l'œuvre, je vais me permettre de vous en faire lire quelques extraits.

1er Extrait. — Description de Bicêtre; antithèse entre l'aspect lugubre des bâtiments et leur transformation au printemps.

Voici de vastes cours, des jardins, des arcades,
Des fenêtres sans nombre et de hautes façades,
Des passages couverts, des corridors obscurs,
Et des toits délabrés surmontant de vieux murs.
Au milieu d'une cour, un clocher! C'est l'église
Avec son cadran blanc sur la muraille grise,
Qui chante dans la nuit l'heure aux agonisants,
Et son vieux coq gaulois qui tourne à tous les vents.
Plus loin, dans un lieu sombre, est un puits formidable,
Béant et ténébreux comme un gouffre insondable.
Dans les cours, au printemps, les bourgeons entr'ouverts
ortent en frissonnant de leur sommeil d'hiver,
es lilas fleuris aux senteurs parfumées
ssent pendre au soleil leurs grappes embaumées.

les nouvelles méthodes d'investigation et d'étude y sont exposées d'une façon suffisante. Un chapitre est consacré au ramollissement de l'estomac et à l'auto-digestion. Nous recommandons la lecture des pages relatives à la dilatation du ventricule; on trouvera un résumé très clair d'une question qui, vu le grand nombre de travaux auxquels elle a donné lieu, est peut-être un peu embrouillée aujourd'hui.

Les affections intestinales sont vraiment passées en revue un peu rapidement; cinq pages suffisent pour l'étranglement interne, et c'est à peine s'il est question de la péri-typhlite.

Mais il ne faut pas demander à un auteur plus qu'il n'a voulu donner et les étudiants trouveront, dans le livre de M. Baumel, un manuel commode et facile. — P. C.

DE LA FRACTURE MARGINALE ANTÉRIEURE DE LA MALLÉOLE INTERNE, par Lucien LE ROY. Châlons-sur-Marne, J.-L. Le Roy, 1887.

Cette variété de fracture est connue depuis les travaux de Wagstaffe, et surtout du professeur Le Fort. Son trait est vertical, et elle est surtout due à l'arrachement par l'intermédiaire du ligament antérieur de l'articulation péronéo-tibiale inférieure d'un fragment plan ou moins volumineux détaché à la partie antérieure de la malléole externe. Cet arrachement se produit surtout dans l'adduction du pied. Il y a plusieurs variétés, et la plus importante est celle dont le trait de fracture est à l'union du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la malléole.

Les principaux symptômes sont une ecchymose légère sur la partie externe du pied, — une douleur vive à la pression sur le fragment aussi bien que sur le trait de fracture; — l'élargissement antéro-postérieur de la malléole externe; — la persistance de la douleur et de la gêne de la marche, malgré le massage. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Hématurie. — Voici un fait dont les praticiens doivent prendre note : Un homme de 50 ans consulta le médecin, J. Arthur Gage, pour une hématurie qui existait depuis quatre jours. Déjà, deux ans auparavant, il avait éprouvé la même indisposition, qui, traitée sans succès par les médecins les plus recommandables, au moyen de l'ergot, de l'acide tannique, etc., avait cessé d'elle-même après une durée d'un mois. L'urine, exa-

Tout est calme et paisible, et les petits oiseaux
Viennent aux rameaux verts suspendre leurs berceaux.

Après le logis, viennent les habitants. Vous les connaissez; vous apprécierez donc comme moi l'exactitude de la description de M. Faure; pas une cheville, pas un mot à changer ni à retrancher, et si quelque qualité le dispute à l'exactitude, c'est l'élégance. Ah! si tous les naturalistes d'aujourd'hui écrivaient le français comme cela, on leur pardonnerait plus souvent leurs crudités!

Nouveau Dante, M. Faure fait défiler devant nous les déshérités de ce véritable cercle infernal. Voici d'abord les aveugles.

Quelques-uns sous le front n'ont que deux trous sanglants
Au fond desquels s'agite un hideux moignon blanc!
Kératite, iritis, cataracte, glaucome,
Pannus, hypopyon, chémosis, staphylome,
Plus barbares encor que leurs noms monstrueux,
Se sont coalisés pour leur crever les yeux.
Chez d'autres pour toujours quelque cause centrale,
Syphilis, exostose ou tumeur cérébrale,
Qu'un jour, chez Morgagni, l'on verra tôt ou tard,
Dans leurs yeux, clairs encor, a tué le regard.
Et tous, ensevelis dans la nuit éternelle,
Où rien ne vient jamais égayer leur prunelle,

©BIU Santé

minée par le docteur Gage, n'offrait rien d'anormal, hors le sang qu'elle contenait et une légère trace albumine. L'examen pathologique du malade étant négatif, notre confrère considéra l'hématurie comme fonctionnelle, analogue à certains cas d'épistaxis, et se proposa de prescrire un traitement général tonique et stimulant des reins. Mais le soir même, le malade prit part à un souper franc-maçonnique, où il absorba une certaine quantité de rhum, et se trouva guéri. La guérison s'est maintenue. (*The Boston med. and surg. Journ.*, 23 février 1888). — R.

Les vésicatoires dans l'épilepsie jacksonienne, par le docteur Crozes. (*Journal de médecine de l'Algérie*, 1887, 10.) — Appliqués au-dessus du siège de l'aura, ils peuvent amener la guérison complète et définitive; dans d'autres cas, il y a seulement amélioration sensible.

Même quand ils n'agissent pas pour guérir ou amender, les vésicatoires amènent des modifications notables dans les caractères symptomatiques de l'attaque.

Parmi les phénomènes observés dans ce cas, celui qui frappe le plus est le phénomène du transfert de l'aura, qui peut se montrer sur le membre du même côté, sur le membre correspondant du côté opposé, ou enfin sur plusieurs membres à la fois. On peut même voir le transfert de la paralysie post-épileptique se faire dans les membres du côté opposé.

Il semble qu'il y ait lieu de tenter la cure par les vésicatoires dans tous les cas d'épilepsie partielle à aura motrice périphérique. Les vésicatoires seront appliqués au niveau ou au-dessus du point de départ de l'aura, et si, sous l'influence des premiers vésicatoires, il y a transfert de l'aura, on appliquera de nouveaux révulsifs vers les points où l'aura fera son apparition. — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 7 mai 1888.

De l'ectocardie et de sa cure par l'autoplastie, par M. Lannelongue. — Ce fut en 1826 que Breschet publia un important mémoire sur l'ectopie cardiaque, c'est-à-dire « sur

Ni lumière du jour, ni rayon du soleil,
Attendent de dormir de l'éternel sommeil!

Je passe l'hémiplégique pour arriver à l'ataxique. (C'est un vers de 14 pieds, donc il est de moi, ne vous y trompez pas, chers lecteurs.)

Pantins démesurés, d'étranges ataxiques
Font décrire à leurs pieds des orbes fantastiques
Presque tous sont des fils, souvent jeunes encor,
De ce peuple infini qu'a chanté Fracastor.
Froidement, lentement, dans la moelle épinière,
Traîtresse, se glissant lâchement par derrière,
La sclérose envahit, du sacrum jusqu'au col,
Les faisceaux de Burdach et les cordons de Goll.
Tout à coup l'ataxique, en proie à l'épouvante,
Sent une douleur vive, aiguë et fulgurante,
Dans ses jambes en feu passant comme un éclair,
Ainsi qu'un fer rougi venir mordre sa chair,
Parfois une souffrance indicible, implacable,
Lui déchire les flancs, le torture et l'accable.
L'estomac révolté ne peut rien retenir;
Les réflexes s'en vont pour ne pas revenir;
Vénus et Cupidon ne sont plus que des songes,
Et le malheureux croit marcher sur des éponges.

les anomalies de situation et de connexion du cœur dépendant d'une organisation primitive ».

Rassemblant la presque totalité des faits publiés, Breschet les soumet à de judicieux commentaires, puis il en ajoute d'autres qui lui sont propres et qui lui permettent de créer un nouveau genre, l'ectopie céphalique, dans laquelle le cœur reste adhérent à la tête. Il cite, à ce propos, le cas d'un cœur fixé dans la bouche. Bref, sauf la pathogénie que Breschet ne pouvait résoudre, faute de connaissances suffisantes d'embryologie, l'histoire naturelle de l'ectopie du cœur fut alors magistralement exposée. Quelques années plus tard, J. Geoffroy Saint-Hilaire la compléta et on peut trouver dans son atlas, ainsi que dans l'atlas beaucoup plus récent d'Ahlfeld, la relation d'un assez grand nombre de faits d'ectopie cardiaque.

Loin de moi la pensée d'étudier et de rappeler les variétés ou même les genres des déplacements congénitaux du cœur. Mon dessein est de donner la relation d'un cas unique à certains égards et dont l'intérêt se concentre sur les deux particularités suivantes.

Breschet, et plus tard Geoffroy Saint-Hilaire, avaient posé cette règle reproduite en 1882 par Alhfeld : toute ectopie du cœur dans laquelle cette organe n'est pas recouvert par les téguments entraine la mort peu de temps après la naissance, quelques heures ou quelques jours au plus tard.

Cette opinion paraissait absolue puisqu'elle reposait sur l'observation de faits positifs, les cas de Weese, de Martinez, de Sandifort et d'autres plus récents encore. Cependant on pourrait concevoir *a priori* qu'il en fût autrement : en effet, ces sujets n'étaient-ils pas, en général, nés à terme et vivants ? Or, s'ils avaient vécu un certain nombre d'heures ou de jours, ne pouvaient-ils pas continuer leur existence, et l'art ne devait-il pas chercher à réaliser ce but ?

Le fait dont je viens donner la relation succincte est un exemple plein d'encouragements sur ce point.

Le 15 février 1888, on me présente à l'hôpital Trousseau, une fille âgée de six jours, d'apparence chétive, prenant assez bien le sein et dont les diverses fonctions paraissent normales. Toutes les parties du corps sont bien conformées, sauf le thorax. On découvre, en effet, sur la face antérieure de la poitrine, vers la partie moyenne du sternum, une ulcération circulaire et médiane de dimensions supérieures à celles d'une pièce de un franc. Elle est limitée par un bourrelet cutané rouge, faisant autour d'elle un relief circonférentiel assez saillant et présentant en certains points quelques fissures qui lui donnent un aspect mamelonné. Cette ulcération présente en son milieu et profondément

---

Comme pour attraper un terrain qui le fuit,
Il lance éperdûment ses jambes devant lui,
Et, ne rencontrant rien dans sa course éphémère,
Son talon lourdement vient s'écraser par terre.....

Passons les regrets de l'ataxique, « ses amours, fossoyeurs qui creusent son tombeau » ; passons les gâteux, les fous, dont le cerveau a pourtant inspiré au jeune poète un bel hommage à la science psychologique moderne.... et arrivons au paralytique général et à l'alcoolique, dont on pourrait insérer la description dans un traité de pathologie spéciale.

Cet homme, jeune encore, dont la parole lente
Trébuche à chaque pas et dont la voix tremblante
Ainsi qu'à des écueils se heurte à tous les mots,
C'est le paralytique aux troubles généraux.
D'abord, s'élevant loin de la tourbe où nous sommes,
Dans son délire il est le plus heureux des hommes ;
Il se croit général, ministre, ambassadeur ;
Il est le grand pontife et le grand empereur !
Des pièces d'or sur lui sont toujours entassées,
Mais ses poches sans fond sont largement percées ;
Car il est généreux, et, puisant dans le tas,
Il donne sans compter tout l'argent qu'il n'a pas.
Mais bien souvent alors sa pupille inégale
Révèle la sclérose au fond de l'encéphale.

©BIU Santé

une membrane d'aspect jaunâtre qui paraît en voie de mortification ; cette membrane obstrue incomplètement l'orifice et est sur le point de tomber; elle est même flottante et détachée en quelques endroits, surtout à la partie inférieure, le cœur la soulève et le sommet des ventricules vient battre à l'extérieur. Lorsqu'on applique le doit sur les ventricules, on sent le durcissement de ces organes et les pulsations cardiaques. Je me borne, pour le moment, à cette simple mention, car une étude physiologique plus complète est exposée plus loin.

L'examen du thorax révèle les particularités suivantes :

Les extrémités internes des deux clavicules se terminent par une tête articulée en bas avec la première côte et paraissant libre en dedans et en haut; l'intervalle qui les sépare est de 3 centimètres et le sternum fait défaut entre ces extrémités. Le sternum manque aussi dans la portion centrale, ou plutôt, il existe une fissure médiane du thorax et on peut tout au plus avancer qu'une moitié du sternum existe de chaque côté devant les extrémités costales. Ce qui semble faire croire, en effet, à l'existence des deux moitiés du sternum, c'est que l'extrémité antérieure des côtes n'est pas isolée et libre sur la ligne médiane; au toucher, on peut reconnaître de chaque côté une travée verticale et oblique, de haut en bas et de dehors en dedans, laquelle travée réunit les côtes. Les deux moitiés du sternum viennent se joindre au-dessous de l'ulcération déjà décrite et forment là un véritable appendice xyphoïde. On sent, en effet, au-dessous de l'ulcération, un appendice triangulaire, résistant, cartilagineux. La bifidité du sternum n'est donc pas totale. D'un appendice xyphoïde médian partent de chaque côté deux moitiés du sternum qui s'écartent en laissant entre elles un espace ayant la forme d'un triangle isocèle dont le côté serait de 4 centimètres et la base, correspondant à l'espace interclaviculaire, de 3 centimètres seulement. L'ulcération se trouve inscrite dans ce triangle.

Quand l'enfant respire, il se fait, dans l'espace interclaviculaire et au-dessous, un changement de forme remarquable. Au moment de l'*inspiration*, affaissement complet de la partie médiane, surtout au-dessus de l'ulcération et dans la région cervicale où se forme un creux d'un demi-pouce de profondeur.

Au moment de l'*expiration*, en même temps que l'enfant crie, cette partie est soulevée et forme une surface bombée.

Dans un espace de 2 centimètres autour de l'ulcération, la peau est rouge; sur le reste de la face antérieure du thorax et sur l'épaule existe une desquamation épithéliale remarquable.

Le malheureux décline et va s'affaiblissant,
La marche est difficile et le pas languissant;
Toutes les facultés, mémoire, intelligence,
S'éteignent pour laisser la place à la démence,
Et le paralytique, hélas! trop lentement,
S'enfonce tout entier dans l'abrutissement!...
Jusqu'à ce qu'un beau jour la mort irrévocable
Vienne enfin mettre un terme à ce sort misérable!
Le toqué qui là-bas marche en gesticulant
Est un alcoolique. Il a tout doucement
Imbibé ses tissus de la liqueur funeste,
Et maintenant, hélas! voilà ce qu'il en reste.
C'est un bocal vivant! Il est sursaturé.
Dans son cerveau scléreux, dans son foie induré,
Il pourrait pratiquer des coupes fantaisistes,
Et les vendre au détail à des histologistes.
Il aima trop l'absinthe! Et maintenant, la nuit,
Il voit le long des murs, noirs et rampant sans bruit,
Des insectes hideux, des rats, des scolopendres,
Et d'immondes serpents aux sinueux méandres.
Dans les jambes, il sent des chocs, des soubresauts;
Il a des cauchemars, il s'éveille en sursauts,

© Santé

Du côté des parents, on ne trouve aucun antécédent fâcheux; le père et la mère sont jeunes et bien portants; on ne trouve pas de traces de syphilis ni de tuberculose. La mère a eu deux autres enfants bien portants. La dernière grossesse a été exempte de complications, et l'accouchement a été régulier et simple.

17 février. — L'apparence des parties a changé; la membrane jaunâtre qui obstruait en partie l'ulcération cutanée et qui était placée à la partie profonde de cet orifice, s'est détachée et on n'en voit plus trace; la paroi ventriculaire s'engage à travers l'ulcération cutanée, de telle sorte que la pointe du cœur vient battre au dehors et en avant du thorax, reposant sur le bord inférieur cutané de l'ulcération. La face antérieure des ventricules est, peut-on dire, tout entière exposée, et la direction du cœur verticale en même temps qu'oblique, d'avant en arrière, de la pointe à la base. La base du cœur occupe l'espace sous-cutané placé entre les clavicules; c'est à la partie inférieure de la région cervicale que la base des oreillettes forme une surface bombée.

La surfaces des ventricules est d'un rouge sombre, et on voit sur leur face antérieure, près de la pointe, un bourgeon végétant qui semble se dessiner.

J'ai pu passer avec précaution un stylet mousse en arrière des ventricules dans tous es sens, sauf vers la base; il ne paraissait pas y avoir de péricarde.

18 février. — Même apparence des parties, sauf que l'anneau cutané qui borde l'ulcération présente un bourgeonnement très actif; la paroi ventriculaire offre, elle aussi, un état pareil plus accusé que la veille.

Du 18 au 22 février. — L'orifice cutané s'est rétréci; de gros bourgeons en partent et vont sur les bords des ventricules et vers la paroi postérieure de cet organe; les ventricules et la pointe du cœur sont plongés dans le tissu végétant et soulevés par les bourgeons charnus. Sur la face antérieure de la paroi ventriculaire, on remarque plusieurs gros bourgeons prêts à s'unir aux précédents.

Dans ces circonstances, la question d'une intervention chirurgicale ne devait-elle pas se poser? En abandonnant les choses à elles-mêmes, il devenait évident que le travail de réparation allait porter sur la paroi ventriculaire elle-même. Non seulement cette paroi allait devenir adhérente au nouveau tissu de cicatrice, mais elle était vouée à faire partie de la cicatrice elle-même, car l'anneau cicatriciel périphérique uni aux bords latéraux des ventricules dans une grande étendue, devait ultérieurement être l'objet d'une rétraction telle qu'il y avait là les meilleures raisons de craindre que la paroi cardiaque ne fût enserrée dans cet anneau rétractile. De toutes les manières, il y avait à redouter des complications graves au point de vue des troubles circulatoires ultérieurs

---

Il tombe dans des trous et dans des précipices;
Et ces rêves affreux sont tous autant d'indices
Qui viennent révéler, comme un fer rouge au front,
Cet empoisonnement formidable et profond.
Si cependant, malgré ces stigmates sans nombre,
Dans ce tableau si clair il restait un peu d'ombre,
Ce doute bien léger disparaîtrait soudain,
Pour ne plus revenir, en regardant sa main
Qui, les doigts écartés, bien que puissante et forte,
Tremble au bout de son bras comme une feuille morte.

Puis viennent les hallucinés, les agités, les furieux, les crétins, les épileptiques, tous les petits gâteux

Sur leurs pots émaillés, pitoyables émules
Des sénateurs romains sur leurs chaises curules!

Et la salle de garde! Que je regrette de n'avoir pas assez de place pour reproduire ce tableau, ne serait-ce que pour attirer la sollicitude de l'Administration sur ces jeunes gens qui méritent mieux pour cultiver des microbes funestes qu'un taudis sans nom. Ils ont au moins quelques compensations, car de ce taudis

On ouvre galamment la porte, nuit et jour,
A toutes les beautés qui donnent leur amour,
Et, chose incroyable et presque fantastique,
Personne en ce doux lieu ne parle politique!

©BIU Santé

et de la constitution d'une cicatrice à l'extérieur du corps dont la paroi cardiaque ferait partie intégrante.

Pour ces motifs, et malgré les avis de quelques-uns de mes élèves et de jeunes confrères qui m'entouraient, je me résolus à pratiquer une opération le 24 février.

Mais, avant de la décrire et de donner le résultat définitif obtenu, je crois indispensable de compléter l'observation en donnant les résultats de recherches physiologiques intéressantes, après lesquelles j'aborderai la question de pathogénie proprement dite.

Sur le jeune sujet, le cœur étant à nu, nous avons pu vérifier par le toucher que le doigt directement appliqué sur le ventricule est repoussé au moment où cet organe diminue de volume et durcit, c'est-à-dire durant la contraction ventriculaire. Nous avons également constaté que le battement est perçu sur toute l'étendue des ventricules et non à la pointe seulement. Ces faits ont été recherchés et vérifiés bien antérieurement à l'exemple actuel par l'éminent physiologiste Marey, dans un cas d'ectopie abdominale sous-cutanée.

Le professeur Potain et M. François Franck ont bien voulu, sur ma demande, prendre le graphique des battements du cœur, et voici la note qu'ils m'ont remise :

« 1° Les pulsations enregistrées au moyen des appareils à transmission par l'air de M. le professeur Marey, sont des pulsations ventriculaires, et, d'après la position de l'explorateur, des pulsations de la base du ventricule droit;

« 2° Aucun signe de malformation cardiaque n'a été constaté par la cardiographie ou par l'auscultation;

« 3° L'application des appareils, faite avec la précaution voulue, sur la région découverte du cœur, a toujours provoqué des manifestations non douteuses de malaise, sinon de douleur. Aussi les courbes cardiographiques sont-elles combinées à des courbes respiratoires très accentuées : à chaque cri, le cœur refoulé en avant soulève l'explorateur et la courbe subit une ascension générale très marquée; l'inspiration brusque et profonde qui fait suite à l'effort s'accuse par une dépression rapide de la courbe; on a, en d'autres termes, l'indication des variations de la pression médiastine subordonnées aux mouvements respiratoires modifiés par les cris avec effort et par l'inspiration profonde. »

Le fait que je viens de rapporter n'offre en lui-même aucun élément permettant de remonter au mécanisme de l'ectopie, mais n'en est-il pas ainsi le plus souvent dans la plupart des anomalies? En général, les cas les plus simples, je veux dire les moins

---

L'amour! Comment y songer à Bicêtre,

Car si l'on y vient sans retour
C'est bien souvent, il faut le dire,
Pour avoir trop aimé l'amour,.....
Et reçu pendant la bataille
Quelque coup de pied de Vénus!

Nous dit le poète. Mais, s'il y songe, c'est pour implorer la pitié pour ces malheureux :

Il faut les secourir
Et dire avec respect ce grand nom de Bicêtre,
Asile où quelque jour nous trouverons peut-être
Un lit pour y mourir!

Non, mon jeune ami, comme dit notre maître, vous n'irez pas mourir là; car, bien que (ou plutôt parce que) membre de la famille Reclus, vous ne ferez jamais partie, permettez-moi de l'espérer pour vous, des reclus de Bicêtre.

Pardon! je vous jure que je ne l'ai pas fait exprès! je me croyais avec vous à la salle de garde de Bicêtre, où

L'on fait des calembours, le plus souvent mauvais.

Et maintenant, chers lecteurs, si ce bouquet de fleurs..... de rhétorique, cueillies dans le parterre de l'*Epopée de Bicêtre* ne vous agrée pas, n'en accusez que le fleuriste qui a mal fait le bouquet, et non le jardinier qui les a fait éclore.

SIMPLISSIME.

© Bibliothèque Santé

compliqués, sont ceux autour desquels existe la plus grande obscurité. Ce sont de préférence les cas les plus complexes qui fournissent les éléments les plus nombreux pour l'appréciation et l'interprétation des troubles tératologiques. En rapprochant ces derniers des autres, on constitue des séries, tout d'abord incomplètes, mais que l'observation ne tarde pas à remplir, lorsqu'on a pu en fixer les termes extrêmes; l'évolution du cœur en ectopie n'échappe pas à ces données. Que des connexions anormales s'établissent entre le cœur et les parties embryonnaires voisines durant la période où le cœur primitivement compris dans le ressort de la tête se trouve déplacé dans le cou et plus tard repoussé dans le thorax, et l'on aura une ectopie désormais permanente, cervicale, thoracique ou cervico-thoracique.

Il est aussi certain que, fréquemment, les ectopies abdominales ont pour cause une adhérence du péricarde ou du cœur avec l'intestin, le cordon ombilical ou la vésicule ombilicale. On observe, en effet, très souvent, des malformations complexes de la région sus-ombilicale : hernie sus-ombilicale, éventration, fissure de la paroi thoracique, en même temps qu'une ectopie cardiaque. Breschet et Ahlfeld en ont cité des exemples A. Broca, prosecteur de la Faculté, m'en a montré un, et j'en possède moi-même un cas. L'époque où s'établissent ces adhérences intrinsèques, c'est-à-dire dans divers tissus embryonnaires, entre la vésicule ombilicale, par exemple, le péricarde et l'extrémité céphalique, peuvent expliquer la fissure sternale concomitante. En effet, la formation des côtes et du sternum n'a lieu que postérieurement, c'est-à-dire dans le cours du second mois, et l'on sait que, dans la deuxième moitié du second mois, chez l'homme, le cœur a pris sa place dans la poitrine. Par conséquent, il faut que les connexions s'établissent antérieurement pour que l'ectopie se produise.

Mais, à côté de ces adhérences embryonnaires *intrinsèques*, certaines ectopies, et en particulier les *ectocardies*, ont aussi pour cause des adhérences intrinsèques, c'est-à-dire de l'embryon avec ses annexes, l'amnios, par exemple. La preuve en est fournie par quelques faits, ceux où la pointe d'un cœur placé en dehors du thorax était attachée à une adhérence dont l'extrémité n'avait aucune insertion sur le fœtus lui-même.

Mais il y a aussi une preuve indirecte, c'est l'existence de prolongements cutanés filiformes implantés sur le milieu du thorax. J'en possède deux exemples que j'ai fait dessiner, pris sur des nouveau-nés. L'un est implanté sur le thorax même; l'autre sur la ligne médiane de l'abdomen. Sur le premier, l'adhérence formait un prolongement fibro-cutané de 1 centimètre de long; il paraissait adhérer au sternum. Ce sont, à n'en pas douter, des vestiges d'adhérences amniotiques avec la paroi thoracique et abdominale. Or, si l'amnios vient à adhérer au péricarde ou au cœur lui-même, alors que cet organe n'est recouvert que par une mince cuticule, la *membrane unissante de Ratke*, c'est-à-dire pendant le premier mois, on comprend que ces adhérences interposées aux côtes et aux deux moitiés du sternum qui les unissent empêchent la soudure de ce dernier os, d'abord, et plus tard entraînent le cœur au dehors, à travers une perforation du tégument proportionnelle au volume du cœur ou à celui de l'adhérence. C'est ainsi qu'on doit expliquer, à mon sens, les ectocardies.

L'opération décidée, et j'en ai donné plus haut les raisons, deux projets se présentaient à mon esprit.

On pouvait recourir à une méthode autoplastique consistant à placer au-devant du cœur un lambeau cutané renversé de manière à mettre la surface épidermique du tégument en rapport avec la paroi ventriculaire; on aurait ainsi évité les adhérences du cœur et du lambeau. Je rejetai ce projet parce qu'il était trop important pour un sujet de quinze jours, parce qu'il pouvait amener une trop grande perte de sang et qu'il avait de nombreuses chances d'échec. Et puis je pensais qu'on pouvait obtenir un résultat aussi satisfaisant par un procédé beaucoup plus simple, plus rapide et probablement aussi sûr dans ses résultats. Il me sembla que, si je fermais l'orifice cutané à l'aide de lambeaux cruentés par leur face profonde, les mouvements du cœur suffiraient à empêcher les adhérences d'être trop serrées, et qu'il se ferait même un espace séreux conforme aux besoins de la fonction cardiaque.

Deux incisions verticales furent faites de chaque côté de l'anneau cicatriciel, à 1 cen-

©BIU Santé

timètre 1/2 en dehors de la surface ulcérée. Les deux lambeaux latéraux ainsi formés furent mobilisés suffisamment pour que leurs bords internes pussent se rapprocher au devant du cœur. Les bases adhérentes de ces lambeaux, en forme de pont, assuraient largement leur vitalité. Leurs bords affrontés furent réunis par trois points de suture au crin de Florence. L'enfant n'avait perdu que quelques gouttes de sang. Son état général ne fut nullement troublé et, bien que je n'aie pas obtenu directement une adhérence complète des deux bords suturés, la plaie était entièrement cicatrisée en moins de vingt jours.

Le 24 avril, deux mois après l'opération, l'enfant est parfaitement bien portant et la région du cœur se présente sous l'aspect suivant :

La cicatrice médiane, provenant de la réunion des lambeaux, est linéaire et à peine visible; la poitrine est fermée par le tégument externe comme à l'état normal. De chaque côté, on voit aussi deux autres cicatrices verticales, traces des incisions et du déplacement des lambeaux. Les battements du cœur soulèvent la peau et les formes de cet organe se dessinent à chaque systole. On peut même prendre les ventricules entre les doigts. Mais ce qui est remarquable au point de vue du résultat opératoire, c'est que le tégument glisse librement au devant du cœur; on peut facilement le plisser et le pincer. Le cœur est libre dans un espace où ses mouvements ne sont nullement entravés.

En définitive, l'opération a amené la transformation d'un cas d'ectocardie en une ectopie sous-cutanée. Il est encore possible que cette ectopie qui est extra-thoracique devienne dans l'avenir intra-thoracique, par suite du développement du cœur. En effet, on remarque que cet organe ne soulève pas le tégument d'une manière permanente, et on comprend qu'à un moment donné, un défaut d'harmonie entre le développement du cœur et la fissure sternale ne permette plus à ce dernier de venir battre sous la peau.

Fonctions générales des microbes infectieux. Notes de M. Arloing et de M. Galtier. — M. Chauveau appelle l'attention de l'Académie sur deux notes relatives aux fonctions générales des microbes infectieux. Ces deux notes émanent de deux de ses anciens élèves et collaborateurs à l'Ecole de Lyon, M. Arloing et M. Galtier.

La note de M. Arloing porte sur une matière phlogogène fabriquée par un des microbes du poumon des bœufs atteints de péripneumonie infectieuse. Le microbe en question se cultive aussi bien sur les milieux solides que dans les milieux liquides. Les bouillons injectés dans le tissu conjonctif sous-cutané, y déterminent une forte tuméfaction étalée. Ils sont donc phlogogènes. Or, si au lieu d'injecter le bouillon complet, on l'injecte après l'avoir débarrassé des microcoques par une bonne filtration, on observe les mêmes phénomènes inflammatoires. Donc les microbes ont laissé dans le milieu une matière phlogogène.

Cette matière phlogogène ne doit pas être confondue avec le poison spécifique qui cause la plus grande partie des symptômes de la maladie. Ainsi, elle est impropre à exercer vis-à-vis d'elle-même le rôle de vaccin. Sur le même individu, elle peut être injectée sous la peau deux fois, trois fois, quatre fois. A la dernière inoculation les effets phlogogènes sont tout aussi intenses qu'après la première.

Cette matière a encore d'autres caractères intéressants : dissoute, elle est très facilement retenue par les filtres de porcelaine et de plâtre. Toutes les espèces animales ne sont pas influencées par cette substance. C'est sur le bœuf qu'elle agit avec son maximum d'intensité. Elle impressionne moins la chèvre. Quant au cobaye, au lapin, au chien, ils résistent absolument à l'action de cette substance.

M. Galtier a trouvé un bacille pathogène nouveau chez le porc, où il cause une maladie présentant les plus grandes analogies avec la pneumo-entérite infectieuse. Ce bacille, qui se cultive parfaitement sur les milieux solides et dans les bouillons, jouit de la propriété de fabriquer deux substances particulières : l'une colorante, l'autre odorante.

On sait que les substances odorantes constituent un des produits les plus abondants des microbes de la putréfaction. Ces produits sont connus par les odeurs infectes, absolument désagréables qui s'en échappent. Or, le produit odorant qui se fabrique dans les cultures que M. Galtier a étudiées répand, au contraire, une odeur aromatique agréable

qui rappelle celle d'un rayon de miel. Cet expérimentateur a trouvé à peu près la même odeur aux graisses extraites récemment du sang du cheval. Enfin, les cultures dans lesquelles existe cette substance ne peuvent pas se putréfier. Exposées à l'air, elles conservent indéfiniment leurs propriétés sans s'altérer.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 28 avril 1888. — Présidence de M. DE RANSE.

Le procès-verbal est lu et adopté.

Correspondance imprimée. — Journaux et revues habituels.

Correspondance manuscrite. — Lettres de MM. Wickham et Bouloumié s'excusant de ne pouvoir assister à la séance.

M. le PRÉSIDENT fait part à la Société de la mort de M. le docteur Blondel, de Raismes Nord), membre correspondant.

— M. DUBRISAY lit un rapport sur la candidature de M. le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand). Ce rapport, dont les conclusions favorables sont adoptées, est renvoyé au comité de publication, avec l'observation de M. Fredet.

— M. POLAILLON présente quelques observations sur l'ablation totale de l'utérus cancéreux, et fait passer sous les yeux de ses collègues la pièce anatomique d'un utérus qu'il a extirpé dans ces conditions sur une malade de son service.

— M. DE RANSE lit un travail intitulé : *Note sur les tics convulsifs, en particulier sur le paramyoclonus multiple.* Ce travail, basé sur trois observations, a pour objet de montrer que le syndrome décrit par Friedreich, sous le nom de *paramyoclonus multiplex*, ne constitue pas à proprement parler une maladie à part, et doit être plutôt considéré comme une variété de tic non douloureux, une forme fruste de la maladie des tics, ou comme une manifestation de l'hystérie (spasme rhythmique). (Sera publié.)

— M. DUROZIEZ lit un mémoire sur la *cyanose* ou *maladie bleue*. (Sera publié.)

— M. LARROQUE, à propos de deux cas de *syphilis* survenue chez des *hystériques*, présente les observations suivantes :

Messieurs, deux malades observées à plusieurs années de distance et dans des circonstances semblables m'ont engagé à faire appel à vos lumières. L'identité pathologique de mes deux observations abrégera ma communication.

Ces deux malades sont âgées d'une quarantaine d'années et présentent l'hérédité des antécédents nerveux. Rien de particulier durant la vie de chacune d'elles, sauf des attaques hystériques ayant débuté chez l'une à la puberté, chez l'autre à 22 ans, après une couche. Toutes deux présentaient une aura (boule hystérique), de l'hémianesthésie, une diminution du champ visuel, de l'anesthésie pharyngienne, etc; en somme, des stigmates bien avérés d'hystéro-épilepsie

A 33 ans environ, nos malades se portaient bien et, à l'exception d'un peu de nervosisme, ne présentaient plus d'attaques; il y avait une certaine disparition des phénomènes hystériques. L'une à 38 ans, l'autre à 39, contractent la syphilis.

Depuis quelque temps, on a beaucoup parlé du réveil de l'hystérie sous l'influence de la syphilis (Fournier), du saturnisme, etc. J'ai donc recherché, surtout chez ma dernière malade, si je trouverais tout ce qui a été avancé sur cette question.

Je cherchai donc l'anesthésie des deux mamelons sur laquelle le professeur Fournier a attiré l'attention. Nos malades avaient le mamelon insensible d'un seul côté, du côté hémianesthésié.

J'observai encore un fait curieux que voici, et sur lequel je demande à être éclairé, si cela se peut. Nos malades, bien qu'anesthésiques d'un côté du corps, virent survenir de ce même côté, la face et le crâne compris, des douleurs profondes siégeant d'abord dans le front (douleurs périostiques), puis dans le trajet du canal nasal et de la veine faciale, dans les articulations de ce même côté (arthralgies de l'épaule, coude, poignet, pha-

©BIU Santé

langes, genou), des douleurs le long du cubitus, du radius et du tibia. Ces différents phénomènes douloureux restèrent cantonnés durant près d'un mois dans un seul côté du corps; il y eut de la fièvre, puis ces mêmes phénomènes gagnèrent l'autre côté du corps non anesthésié.

Ce qui est remarquable chez ces deux malades, c'est la limitation des phénomènes douloureux à un seul côté du corps, au côté anesthésique, de façon que l'insensibilité superficielle et la douleur profonde font un contraste bizarre.

Je viens donc vous demander si, dans ce fait, il existe un phénomène hystérique provoqué par une maladie intercurrente, la syphilis. On sait, avec Fournier, que la syphilis provoque l'éclosion de l'hystérie, mais ce que je ne sais point, c'est si les accidents syphilitiques, chez les hystériques, se cantonnent de préférence, pendant un mois, à un seul côté du corps, au côté hémianesthésié. — Y a-t-il là un fait particulier, ou bien s'agit-il d'une simple coïncidence? Pour ma part, je penche volontiers pour cette dernière hypothèse.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

GLYCÉROLÉ CONTRE LE PSORIASIS. — L. Brocq.

Huile de cade vraie.....	ââ 100 grammes.
Glycérolé d'amidon à la glycérine neutre....	
Acide salicylique.....	6 —
Essence de girofle.....	10 —

Mêlez. — On décape les placards psoriasiques en les savonnant soit avec du savon noir, soit avec du savon de goudron et de l'eau chaude, et en faisant prendre un bain alcalin. — Le décapage obtenu, on frictionne le psoriasis avec le glycérolé ci-dessus. — On diminue la dose d'acide salicyque et d'huile de cade, s'il se produit de l'irritation des téguments. — N. G.

COURRIER

ASILE DE BRON. — Le concours pour une place de pharmacien-adjoint à l'Asile de Bron vient de se terminer par la nomination de M. Eugène Monayon.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 14 mai. — *Ordre du jour :* 1. M. Paul Chéron : Sur un cas d'atrophie musculaire de la cuisse. — 2. M. Groussin : Constipation opiniâtre datant de vingt-cinq ans ; vingt jours sans garde-robe ; accidents simulant un étranglement interne, mort imminente ; disparition des accidents et guérison de la constipation habituelle. — 3. M. Huchard : Sur une forme de congestion pulmonaire au début de la rougeole. — 4. M. Cadet de Gassicourt : Cas d'intoxication par l'oxyde de carbone.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE LÉGALE. — Séance du lundi 14 mai 1888, à quatre heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. De la vente des vins de quinquina par les marchands de vins et les limonadiers. — Rapport de la Commission. — 3. M. Marcel-Briant : Analyse de la thèse inaugurale de M. le docteur Vétauld. — Etude médico-légale sur l'alcoolisme. — 4. M. Moreau (de Tours) : Analyse du livre de M. le docteur Parent. — 5. Suite de la discussion sur le mémoire de M. le docteur Vibert : Des traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. — 6. Communications diverses.

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte**. — Un verre à Bordeaux aux repas.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. A. Trousseau : Le bandeau en ophthalmologie. — II. La prophylaxie publique de la syphilis à l'Académie de médecine de Paris. — III. Bibliothèque : Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau. — IV. Revue des journaux : Contribution à l'étude de la tuberculose inoculée à l'homme. — V. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médico-pratique. — VI. Formulaire. — VII. Courrier.

Le bandeau en ophthalmologie.

Communication faite à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 24 mars 1888,

Par le docteur A. Trousseau, médecin en second de la clinique nationale des Quinze-Vingts.

Malgré la banalité apparente du sujet, je me crois autorisé à dire quelques mots de l'emploi du bandeau sur les yeux malades ou opérés.

Cet appareil est ordonné, en général, tout à fait au hasard; il y a peu de praticiens qui, en présence d'une inflammation quelconque de l'œil, ne conseillent immédiatement de couvrir l'organe d'un bandeau.

J'espère démontrer que cette façon de faire est non seulement inutile la plupart du temps, mais encore dangereuse dans un certain nombre de cas.

Voyons d'abord quel est le mode d'action du bandeau :

Il a sur la partie enveloppée plusieurs effets bien déterminés. Il la met à l'abri du contact de l'air, de la poussière, de la lumière; il exerce sur elle une certaine compression et l'entretient à une température plus élevée que les régions voisines.

A première vue, on aurait tendance à croire qu'il n'y a là que des avantages, mais toutes les affections oculaires ne craignent pas le contact de l'air et de la lumière, toutes ne se trouvent pas bien de la compression et d'une température élevée. Il y a, par exemple, une étonnante contradiction dans la pratique de quelques-uns qui recommandent à leurs malades d'employer à domicile des compresses froides souvent renouvelées et qui conseillent de couvrir l'œil d'un bandeau pour éviter le froid du dehors.

Je ne suis pas, comme on pourrait le croire par ce début, l'ennemi juré du bandeau, je cherche seulement à prouver qu'il a, comme toute méthode, ses indications et ses contre-indications. Une certaine délicatesse est nécessaire dans son maniement, même lorsqu'on en juge l'emploi indispensable.

Les défauts de l'appareil tiennent à ses qualités. Soustrayant l'œil à l'air et à la lumière, il rend l'organe sensible au dernier point et intolérant pour ce que je ne craindrais pas d'appeler son milieu naturel.

Qui n'a vu, à nos consultations hospitalières, cet enfant guidé par sa mère, marchant la tête basse, les yeux bandés? Le bandeau à peine enlevé, comme il fuit la lumière, quels cris il pousse, quelle lutte il engage avec le médecin, quelle stricture intense des paupières il oppose à toute exploration! tellement qu'il faut employer l'écarteur pour pouvoir poser le diagnostic de l'affection oculaire. L'enfant a pris l'horreur du jour, et, je ne

©BIU Santé

crains pas de l'affirmer, il doit cet état à l'emploi peu judicieux du bandeau plutôt qu'à la kératite que nous venons de lui reconnaître.

Je ne nie pas que l'origine du blépharospasme ne soit la phlegmasie cornéenne, mais je prétends que ce spasme a été entretenu et augmenté par la compression.

Il y a pour cela deux raisons. Voici la première : le bandeau amène rapidement un certain degré d'entropion, il pousse les cils vers le globe oculaire et les force à frotter sur le bulbe, qui s'irrite davantage et réagit dans une violente constriction de la paupière encore augmentée par le séjour forcé des larmes et des produits de la sécrétion conjonctivale, que le bandeau ne laisse pas s'écouler au dehors.

Pour mettre en relief le deuxième motif, j'emploierai une comparaison. Quel est l'individu qui, sortant d'une pièce obscure et se trouvant subitement dans une salle brillamment éclairée, ne s'est trouvé ébloui et n'a cherché pendant quelques instants à fuir la grande clarté? Eh bien! le malade abrité par un voile se trouve dans une situation analogue; dès qu'il est rendu à la lumière, il fuit celle-ci et réclame la protection du bandeau auquel il doit, en partie, ses maux. Aussi, observons-nous souvent ce phénomène . un malade guéri de son affection cornéenne continue à ne pouvoir supporter la lumière du jour, contre laquelle il veut un abri qu'on devra lui refuser si l'on ne tient à éterniser cette situation.

Mais, m'objectera-t-on, ce sont là des vues théoriques, et les malades réclameront toujours un appareil qui les soulage, Je répondrai que, depuis que j'ai supprimé le bandeau de ma pratique dans les kératites, je n'ai presque plus jamais à exécuter d'opérations contre le blépharospasme et que les guérisons sont beaucoup plus rapides. Les deux ou trois premiers jours sont assez durs à passer, mais le soulagement qui survient les jours suivants, la facilité avec laquelle les malades supportent la lumière compensent largement la peine primitive. Je suis arrivé à cette façon de faire par l'expérience. Je laissais un œil couvert et un œil découvert alors que e constatais des lésions cornéennes et un blépharospasme identiques sur les deux yeux. Or, voilà qui est concluant, la lésion et le spasme cédaient beaucoup plus rapidement sur l'œil découvert.

Ceci s'est vérifié sur un nombre si considérable de malades que c'est pour moi, aujourd'hui, un article de foi.

On pourrait m'opposer le manque de protection de l'organe souffrant lorsqu'on supprime le bandeau; mais ne peut-on employer des lunettes très légèrement teintées qui ne compriment pas le globe et laissent pénétrer les rayons du jour à peine atténués? Je repousse les lunettes fortement fumées pour les motifs déjà indiqués.

En somme, dans les kératites, dans les affections de l'œil externe où il n'y a pas perte de substance ou infection microbienne, je proscris le bandeau, et je ne place sur l'œil, *par moments seulement*, que des compresses servant de topiques.

Ce n'est pas le lieu de passer en revue toutes les indications et les contre-indications du bandeau, je n'ai voulu qu'appeler l'attention sur certains points spéciaux touchant son usage. Je prendrai donc des exemples.

Dans les affections où il existe une abondante sécrétion (ophthalmie purulente), le bandeau qui enfermerait le loup dans la bergerie est contre-indiqué et doit être remplacé par des irrigations fréquentes et des compresses antiseptiques appliquées de temps en temps.

Dans l'iritis, au contraire, où il n'y a ni sécrétion ni grande tendance au blépharospasme et où la chaleur soulage énormément le malade, le bandeau sera recommandé.

Quand il y a perte de substance de la cornée, ouverture accidentelle ou opération de l'œil, le bandeau est utile, mais seulement parce qu'il sert à maintenir sur l'organe des pansements antiseptiques, et encore devra-t-il être supprimé aussitôt que possible.

Je pense que cet appareil complique inutilement les suites opératoires en entretenant une hyperémie conjonctivale, une irritation de l'œil hors de proportion avec le traumatisme subi. Sans aller jusqu'à la pratique de certains oculistes américains qui ne mettent jamais de bandeau sur les yeux des opérés de cataracte, j'ai considérablement abrégé les ennuis de mes malades en leur enlevant le bandeau le quatrième jour après l'opération. A ce moment, la plaie est suffisamment coaptée, et c'est merveille de voir, au bout de six à huit jours, l'œil à peine injecté et supportant vaillamment la lumière.

Privons donc le moins possible l'œil de cette lumière qui est, comme je le disais plus haut, son milieu naturel, et n'oublions pas ce que rapporte André du Laurens dans son traité de 1611 sur l'art de conserver la vue : « Denis, tyran de Sicile, dit-il, aveugloit ainsi tous ses prisonniers; car les ayant enfermés dans une cachotte obscure, les faisoit tout soudain conduire en un lieu bien clair et perdoient tous la vue. »

La prophylaxie publique de la syphilis à l'Académie de médecine de Paris (1).

Rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Ricord, Bergeron, Le Roy de Méricourt, Léon Le Fort, Léon Collin et Alfred Fournier, rapporteur.

Discussion par M. Barthélemy.

Dans ces conditions, la société a le droit de se défendre contre le fléau syphilitique; elle a le devoir de défendre contre lui tous ses membres; elle doit chercher à l'atteindre dans toutes les sources dont il dérive.

Ayant signalé *le mal*, Fournier cherche à indiquer *le remède*. — Il faut combattre la syphilis. Or, il n'est que quatre façons de l'attaquer :

1° *Prophylaxie administrative*. — En instituant un ensemble de mesures administratives et policières ayant pour visée d'entraver la *provocation sur la voie publique*, de soumettre les prostituées au *régime de l'inscription*, de de surveiller les établissements qui, déguisés sous les noms de brasseries ou de débits de vins, ou de boutiques diverses, ne sont en réalité que des maisons de *prostitution libre* ou *clandestine*, etc., etc.

2° *Traitement. — Hospitalisation*. — En traitant la syphilis, en l'hospitalisant, en éteignant les germes de contagion.

3° *Réforme dans l'enseignement*. — En initiant plus complètement que jusqu'alors les jeunes générations médicales à l'étude de ce déplorable mal.

4° En organisant la prophylaxie de la syphilis dans les armées de terre et de mer, ainsi que dans divers établissements touchant à des services publics, tels que les bureaux de nourrices, etc.

Tel est le plan d'études qu'a suivi la Commission dans ses travaux et

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 10 mai 1888.

©BIU Santé

auquel, pour notre plus grande instruction, nous initie le rapporteur. Fournier se défend d'avoir tout dit sur la question, il ne croit pas non plus avoir abouti à des conclusions qui satisferont tout le monde. Mais il cherche à convaincre les lecteurs qu'un grave danger menace la santé publique, et que si des perfectionnements ultérieurs doivent être réservés à l'avenir, il est du moins possible de réaliser dès maintenant des réformes capitales et éminemment salutaires.

A l'unanimité de ses membres, la commission a reconnu :

Que la prostitution crée un *danger public* par les contages vénériens qu'elle dissémine dans la population ;

Que la prostitution non surveillée est de beaucoup la plus malfaisante ;

Qu'il est indispensable, au double point de vue de l'hygiène et de la morale (exemple de démoralisation), que la prostitution soit surveillée, et, s'il y a lieu, réprimée par les pouvoirs publics.

Reprenons maintenant, en détail, chacune de ces divisions.

1° *Prophylaxie administrative.*

La provocation est la seule manifestation extérieure par laquelle la prostitution peut être atteinte. On a fait une difficulté artificielle de la définition de la provocation. Le problème n'est pas plus délicat que pour l'escroquerie ou pour tout autre délit soumis à l'appréciation des tribunaux. Citerons-nous le cas d'un de nos malades, qui se promenait tranquillement et sans penser à rien (c'est toujours ainsi), quand une dame lui vole son parapluie et se sauve rapidement dans un hôtel voisin. Le passant court et disparaît dans la maison. Quelques instants après, il en sort avec son parapluie, mais aussi avec les germes d'une blennorrhagie qui éclata quelques jours plus tard. Eh bien, dans ce cas, nous le demandons aux plus hésitants, le délit est-il douteux?

Documents en main, Fournier fait une étude des divers modes sous lesquels la provocation s'exerce sur la voie publique ou dans les boutiques (femmes de brasseries, femmes de débits de vins), notamment celle qui rayonne autour des collèges et qui a pour résultat l'excitation des mineurs à la débauche. La Commission demande que de tels faits soient réprimés *comme des délits* et non *comme de simples contraventions*. Chacun sait que le délit ne peut être déclaré qu'en vertu d'un jugement, tandis que la contravention ne relève que du procès-verbal, c'est-à-dire de l'arbitraire. Dès lors, toute fille reconnue coupable du *délit de provocation* devra être soumise à l'*inscription ;* ce qui est le seul moyen de la soumettre efficacement à la *surveillance médicale*, et cela, non seulement dans l'intérêt de sa santé à elle, mais surtout dans l'intérêt de ceux qu'elle aura entraînés ou séduits par le fait même de sa provocation.

« L'inscription d'une fille coupable du délit de provocation ne pourra jamais être prononcée que par *un tribunal* et après *débat contradictoire*. »

C'est là une des mesures dont on doit savoir le plus de gré à la Commission et à son rapporteur. C'est le seul moyen d'empêcher les monstruosités que l'*arbitraire* a laissé commettre dans ces si délicates fonctions, monstruosités qui ont soulevé l'indignation publique et anéanti la police des mœurs. C'est cette mesure seule qui permettra aux adversaires de la répression légale de revenir sur leur parti pris.

Qu'on ne vienne pas ici invoquer les droits de la liberté individuelle : on ne peut faire ce qu'on veut que tant qu'on ne nuit pas aux autres. Sans ce

principe, il n'y aurait pas de société possible. Du moment qu'une femme fait *commerce de son corps*, elle doit être soumise à certaines servitudes, à *certaines mesures permettant de contrôler la qualité de la marchandise* et de protéger le consommateur. Ce ne serait pas là une exception; ce serait au contraire rentrer *dans la loi commune*.

« Toute fille qui sera reconnue, après examen médical, affectée de maladie vénérienne, notamment de syphilis, sera internée dans un *asile sanitaire spécial*. Cette mesure est seule compatible avec la civilisation. On n'a pas mieux à faire qu'à citer textuellement : « Cet asile sera exclusivement ce qu'il doit être, à savoir, un *hôpital*, un hôpital comme les autres hôpitaux, à cette seule différence près que les malades n'en pourront sortir que sur un certificat médical de guérison. De cet asile sera bannie toute rigueur inutile, toute mesure vexatoire qui tendrait à en modifier le caractère et à le transformer en pénitencier. » Est-il un médecin qui puisse ne pas applaudir et ne pas aspirer à la prompte réalisation d'un programme à la fois si humanitaire et si éclairé?

La réglementation actuellement en vigueur (1) relativement à la surveillance médicale des filles inscrites sera remplacée par le système suivant :

Les filles inscrites, libres ou en maison, seront uniformément soumises à une « *visite hebdomadaire à date fixe*, et, en outre, à une visite supplémentaire qui sera faite mensuellement par un médecin inspecteur, à date inconnue ». Chacune de ces visites sera complète et portera principalement sur l'examen des organes génitaux et de la bouche. Ces visites auront lieu dans des dispensaires spéciaux, médicaux et non policiers, aussi rapprochés que possible du domicile des femmes, très multipliés par conséquent.

Les mesures qui fonctionneront dans la capitale seront rendues rigoureusement exécutoires dans toute l'étendue des départements. » (2)

A titre de modèle donc, Fournier étudie le mode de fonctionnement à Paris de cette nouvelle réglementation. Inutile d'ajouter que la provocation sur la voie publique serait désormais interdite aux filles soumises comme à toute autre personne.

2° *Hospitalisation. Traitement.*

« Le nombre de lits affectés au traitement des maladies vénériennes est actuellement d'une insuffisance notoire. Il sera augmenté dans la proportion reconnue nécessaire par une enquête ouverte à ce sujet.

Cette augmentation du nombre des lits affectés aux vénériens et aux vénériennes se fera, non pas par la création de 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.

Les médicaments propres au traitement des maladies vénériennes seront

(1) Toutes ces nouvelles mesures rendraient les plus grands services. Il ne dépendrait que des législateurs d'en finir rapidement et utilement. Que l'on se décide à faire du nouveau et du mieux, car ce qui existe : « loi sur les garnis, sur les excitations à la débauche, les détournements de mineures, etc., etc. », tout est notoirement insuffisant contre la propagation des maladies contagieuses. La clinique, hélas! le démontre cruellement.

(2) On pourrait avec avantage, comme le propose le docteur Larmoyer, consulter et faire agir des conseils d'hygiène de la province, qui peuvent éclairer et influencer les pouvoirs publics plus efficacement que les médecins parisiens.

©BIU Santé

délivrés gratuitement dans tous les hôpitaux, hôpitaux spéciaux ou hôpitaux généraux.

Un service de consultations gratuites, avec délivrance gratuite de médicaments, sera annexé à l'asile sanitaire spécial destiné au traitement des prostituées vénériennes.

Dans les hôpitaux spéciaux, la consultation externe sera faite :

Pour les malades ne réclamant pas leur admission, par un médecin ou un chirurgien du Bureau central;

Pour les malades réclamant leur admission, par les médecins ou chirurgiens titulaires du service.

Les médecins ou chirurgiens du Bureau central délégués à ces fonctions ne pourront les résilier avant cinq années d'exercice.

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 cedit service seront aménagés suivant toutes les règles de l'hygiène. »

3e *Réformes dans l'enseignement.*

Les innovations ou réformes proposées par la Commission sont les suivantes :

Ouvrir librement tous les services de vénériens ou de vénériennes, y compris ceux de Saint-Lazare, à tout étudiant en médecine justifiant de 16 inscriptions. 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.

Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé du traitement des vénériennes à Saint-Lazare (ou dans l'asile hospitalier qui sera substitué à Saint-Lazare). Cette mesure est tout à fait indispensable, du moment que les chefs de ces services seraient chargés d'un enseignement clinique. Il en serait de même de tout le personnel intégralement, c'est-à-dire des chefs de services, des élèves internes et des élèves externes.

Attribuer au concours, et au concours exclusivement, le recrutement du personnel médical chargé de la surveillance des filles inscrites au Dispensaire de salubrité publique.

Composition du service de Saint-Lazare ou de l'asile 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.

Les jurys des divers concours dont il vient d'être question pourraient être composés comme suit :

1° Pour la nomination d'un médecin en chef :

Un membre de l'Académie de médecine; un représentant de l'Ecole (professeur ou agrégé); trois médecins des hôpitaux spéciaux (Saint-Louis, Lourcine, Midi, Saint-Lazare).

2° Pour la nomination du médecin du Dispensaire comme pour celle des élèves internes ou externes : quatre médecins du Dispensaire, présidés par un membre de l'Académie.

Un programme relatif à la détermination des matières devant faire le sujet de ces divers concours sera élaboré par une commission spéciale.

Ce projet nous semble absolument praticable, absolument utile. Il est, de

plus, d'une grande simplicité. Si on ne l'admettait pas, peut-être pourrait-on comprendre les choses de la façon suivante : Pour laisser la haute main au corps médical des hôpitaux; d'autre part, pour être assuré des connaissances approfondies de médecine générale des futurs chefs de service, pour être certain qu'ils ont été encyclopédistes avant de devenir spécialistes, peut-être pourrait-on exiger que les candidats de ce concours, pour pouvoir s'y présenter, aient une admissibilité (condition nécessaire, mais suffisante) au concours du Bureau central. En imposant une condition identique aux candidats pour les concours des aliénistes et des accoucheurs, on aurait l'avantage de ne pas diviser et subdiviser la médecine, d'unifier les origines des chefs de service, et de forcer toute la jeunesse qui se destine à la carrière des concours à passer par les voies, égales pour tous, du concours des hôpitaux. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Sur les ulcérations tuberculeuses de la peau, par le docteur Maurice Vallas. Paris, J.-B. Baillière, 1887.

Les ulcérations tuberculeuses de la peau ne sont bien connues que depuis l'observation publiée par Coyne en 1872.

Elle débutent, soit primitivement, soit à la suite d'un léger traumatisme. Une fois établi, l'ulcère présente des dimensions plus ou moins considérables suivant qu'on l'examine à une époque plus ou moins éloignée du début, car il offre une marche progressive et une tendance constante à l'accroissement. Sur les membres il peut acquérir des dimensions considérables. Les bords sont taillés à pic, et le fond granuleux gris rougeâtre avec de petites taches jaunâtres caractéristiques. A la périphérie, il y a souvent un semis de granulations tuberculeuses.

Ces ulcères sont douloureux, surtout au toucher, et ce peut-être là l'origine d'un certain nombre de troubles fonctionnels; ils sont souvent multiples et s'accompagnent d'un état général toujours mauvais. La tuberculose pulmonaire est la règle absolue. Le siège de prédilection est le pourtour des orifices naturels.

Les lésions anatomo-pathologiques sont celles de la tuberculose du tissu conjonctif modelé. Elles peuvent affecter deux formes : 1° une forme granulo-caséeuse, caractérisée par des nodules embryonnaires et une inflammation spécifique internodulaire; 2° une forme folliculaire, caractérisée surtout par la présence des follicules de Kœster.

L'affection se développe par inoculation directe chez un tuberculeux déjà cachectique.

P. C.

REVUE DES JOURNAUX

Contribution à l'étude de la tuberculose inoculée à l'homme. — Eiselsberg rapporte dans la *Wiener med. Wochenschrift* (1887, numéro 53) quatre observations de tuberculose cutanée développée chez l'homme à la suite d'inoculation accidentelle. La première a trait à une jeune fille de 16 ans, la seconde à un garçon de 17 ans, la troisième à une femme de 50, enfin la quatrième à un jeune homme de 20 ans. Toutes ces personnes absolument saines ne présentaient aucune trace, aucun symptôme ou signe appréciable de tuberculose ou de scrofule. Dans ces quatre cas, le foyer d'infiltration cutanée contenait des bacilles de la tuberculose et avait été produit par un traumatisme. Chez le premier, second et quatrième malade, on n'a pu savoir si l'instrument, agent du traumatisme (aiguille, couteau et seringue de Pravaz) était infecté ou si la plaie ne fut contaminée que plus tard; mais, dans le troisième cas, la contamination directe

©BIU Santé

a pu être démontrée. Elle a été produite par l'action des ongles ayant subi un long contact avec du linge souillé de pus tuberculeux.

L'auteur rappelle la série d'observations publiées l'année précédente par Tscherning, Lehman, König, Czerny, Elsemberg, Hanot, Schmidt, Meyer, Kraske, Karg, Riehl, Paltauf. Il conclut, à juste titre, que l'inoculation de la tuberculose n'est pas si rare qu'on le croit généralement et appelle l'attention sur le rôle que jouent trop souvent à ce point de vue les piqûres d'aiguilles et celles faites pour les injections hypodermiques. Ces instruments seraient, d'après König, les agents les plus fréquents de l'introduction artificielle chez l'homme du virus tuberculeux. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : La gastrostomie dans le rétrécissement de l'œsophage. — Traitement des plaies de l'artère axillaire.

A propos de la lecture du procès-verbal, M. Terrillon rapporte qu'il a opéré le malade qui avait été présenté par lui à la dernière séance. Il y avait une fracture de la clavicule pour ainsi dire en torsion. Le lendemain même de l'opération, le malade exécutait quelques mouvements des doigts.

— Une place de membre titulaire est déclarée vacante.

— M. Terrillon rapporte une observation de gastrostomie. Son malade, âgé de 52 ans, dyspeptique depuis longtemps, pouvait cependant être regardé comme bien portant. En septembre dernier, il fut pris subitement de dysphagie pour les solides, et cette dysphagie s'accrut rapidement, jusqu'à devenir complète en quelques jours. En janvier, les liquides à leur tour commencèrent à être rendus par régurgitation et il fut bientôt impossible au malade de les avaler. Quand M. Terrillon vit le patient, c'était à peine si depuis six jours il avait pris quelques gouttes de lait. L'obstacle siégeait au niveau du cardia et ne laissait pas passer de bougies, même les plus fines. Le malade s'affaiblissant rapidement, la gastrotomie fut décidée et pratiquée selon le procédé classique. Le chirurgien, en arrivant sur le bord inférieur du foie, tira le grand épiploon avec une pince et parvint à la grande courbure qu'il reconnut avec le doigt. Huit sutures à fil d'argent fixèrent la paroi stomacale; une petite ouverture y fut pratiquée et l'on passa une sonde en gomme rouge n° 17. Du lait fut injecté deux heures après, et il n'y eut pas le moindre phénomène inflammatoire. Le malade ayant un suc gastrique très puissant, riche en acide chlorhydrique, digéra rapidement l'orifice de l'estomac, l'orifice cutané et même la peau des parties déclives. Aussi, quatre jours après l'opération, y avait-il une gangrène superficielle, large comme la paume de la main.

Par suite de la déclivité de l'ouverture, le malade rejetait les liquides avec une grande puissance et on était obligé de placer sur l'orifice des éponges serrées avec un fort bandage.

M. Terrillon fit alors fabriquer par Galante un appareil composé de deux ballons en caoutchouc, l'un interne et l'autre externe d'un volume plus grand, reliés par un ajutage; le tout était traversé par un tube permettant l'alimentation. Un second tube muni d'une poire permettait de gonfler les ballons. En recourant à une pression assez forte, on put arrêter les liquides.

Le malade, opéré depuis le 6 janvier, va admirablement bien. L'alimentation est purement artificielle et il ne peut avaler aucun liquide.

M. Terrillon se demande quelle est la nature du rétrécissement. Il est probable qu'il est cancéreux, mais cela n'est pas certain. En tout cas, la longue durée de la survie serait tout à fait extraordinaire dans le cas de cancer.

M. Segond demande si l'application de l'appareil qui passe à frottement n'agrandira

pas la fistule. En 1884, il fit une gastrostomie pour un rétrécissement cicatriciel et fut fort gêné par des phénomènes d'auto-digestion de la peau et de l'orifice. Il dut abandonner toute application d'appareil, à cause de l'agrandissement de l'orifice fistuleux. La malade parvint à éviter les accidents par des soins de toilette minutieux et en bouchant son orifice hermétiquement avec un tampon dans l'intervalle des repas.

M. Quénu fait toutes ses réserves au point de vue de la nature cancéreuse du rétrécissement. Il est très rare qu'à la suite d'une gastrostomie pratiquée dans le cas de tumeur maligne, on observe une survie considérable.

M. Terrier demande à M. Terrillon s'il ne s'est pas aidé, pour fixer le diagnostic, du dosage de l'urée et de l'acide chlorhydrique du suc gastrique. De plus, M. Debove a décrit un ulcère de l'extrémité inférieure de l'œsophage identique à l'ulcère simple de l'estomac, et peut-être s'agit-il d'un cas de ce genre?

M. Terrillon, pour éviter l'inconvénient signalé par M. Segond, a construit un appareil de telle sorte que la partie moyenne ne frotte pas. C'est la pression des ballons de caoutchouc en dedans et en dehors qui agit, si bien qu'il n'a eu de bons résultats que quand la partie intermédiaire ne dépassait pas 1 centimètre à 1 centimètre 1/2. Il n'a pas dit que son malade avait un cancer, mais le suppose seulement. A son avis, la recherche de l'urée n'a pas grande valeur pour aider le diagnostic, et le dosage de l'acide chlorhydrique a été fait; le patient n'a présenté aucun des phénomènes douloureux de l'ulcère décrit par M. Debove.

— M. Nélaton fait une communication sur les plaies de l'artère axillaire. Le 12 juillet 1887, il recevait à l'hôpital une femme qui avait été atteinte d'une balle de revolver à la partie postérieure de l'épaule gauche. La compression avait suffi à arrêter l'hémorrhagie immédiate. Au moment de l'entrée, on trouva au niveau de la région axillaire gauche un épanchement considérable déformant la région et on constata la disparition des battements dans les artères du membre supérieur. La sensibilité était intacte, mais les mouvements du bras abolis. Le lendemain, l'épanchement ayant augmenté, M. Nélaton se décida à lier les deux bouts de l'axillaire dans la plaie. Mais, s'attendant à des complications, il pensa devoir découvrir la sous-clavière et la prendre dans une ligature temporaire. L'opération fut difficile par suite d'une portion concomitante de la clavicule, mais il put passer un fil de catgut et faire un nœud coulant à l'aide duquel il était facile de soulever le vaisseau et d'interrompre la circulation. Il fendit ensuite la partie antérieure de l'aisselle, trouva sur le vaisseau une plaie de 7 millim. et lia les deux bouts. Le fil passé sous la sous-clavière le mit à l'abri de l'écoulement sanguin. Il lia aussi l'acromio-thoracique. Le vingt-quatrième jour, la malade sortit guérie après avoir présenté une température locale plus élevée dans la main du côté opéré. La paralysie du mouvement disparut sous l'influence de l'électrisation.

M. Nélaton insiste sur ce point que la conduite qu'il a tenue n'est pas classique. M. Le Fort et tous les auteurs conseillent, quand la plaie de l'aisselle n'est pas large, de lier la sous-clavière par la méthode d'Anel. Quand la plaie est grande, tout le monde est d'avis qu'il faut lier les deux bouts du vaisseau. On a cependant fait deux objections à cette pratique : l'hémorrhagie, qui a pu entraîner la mort pendant l'opération, et le sphacèle consécutif. La ligature temporaire de la sous-clavière met à l'abri de l'hémorrhagie et, de plus, toute crainte peut être laissée de côté par suite de raisons anatomiques et cliniques. Si, sur un cadavre, on fait une injection coagulable, on constate qu'en faisant une incision axillaire à un travers de doigt au-dessous de l'extrémité de la clavicule, on peut arriver sur le paquet vasculo-nerveux sans intéresser d'autre artère que la petite thoracique postérieure. Si, en expérimentant encore sur le cadavre, on lie à droite la sous-clavière en dehors des scalènes et à gauche l'axillaire, au-dessous de l'acromio-thoracique, on constate qu'à droite l'injection s'arrête et qu'à gauche elle pénètre dans le membre supérieur. La circulation collatérale est donc facile dans le deuxième cas. Enfin, la gangrène a été surtout observée dans des cas rapportés par des auteurs déjà anciens et où il y avait de la suppuration. Actuellement, les dangers seraient beaucoup moindres.

©BIU Santé

M. Schwartz demande pourquoi on n'a pas comprimé l'artère sur la première côte.

M. Nélaton a préféré la découvrir et la tendre.

M. Terrier a eu de grandes difficultés pour lier l'axillaire. Il croit que l'idée de M. Nélaton est bonne; il faut aller à l'artère et agir comme il l'a fait. Cependant il insiste sur ce point, qu'il est parfois très difficile de trouver la sous-clavière qui peut être très profonde, surtout quand on opère longtemps après l'accident. S'il y a un anévrysme diffus, le cas devient très épineux. Il émet d'ailleurs l'avis qu'il est plus prudent, après avoir découvert l'artère, de la comprimer à l'aide du doigt ou d'un tampon iodoformé.

M. Le Dentu pense que la conduite à tenir doit varier selon les circonstances. Quand il y a peu d'épanchement, la ligature d'attente de la sous-clavière est superflue, celle de l'axillaire étant relativement facile. On pourra agir d'une manière opposée s'il y a anévrysme diffus, surtout au niveau du phlegmon. Dans un cas où il dut désarticuler l'épaule, il recourut à cette ligature d'attente et n'eut pas d'écoulement sanguin immédiat.

M. Tillaux rapporte les paroles de Nélaton père, de Richard, qui disaient que l'on ne doit quitter un blessé atteint de plaie artérielle que quand on a trouvé les deux bouts du vaisseau. En réalité, il n'y a pas de règle absolue, il faut faire comme on le peut et aller au-dessus de la plaie quand on craint des accidents.

M. Berger est plus partisan du passage d'un fil sous la sous-clavière que de la compression; quand on élève l'épaule et la clavicule, cette compression devient impossible. Le fil est enfin bien plus sûr.

M. Terrier tient à son opinion. Il pense que l'on ne doit passer un fil qu'à la dernière extrémité et quand la compression ne suffit pas. Quand il y a de l'inflammation, il faut plus que jamais rejeter le fil, car on pourrait avoir un phlegmon à l'endroit de la ligature. Quand on fait des recherches dans l'épaule, il faut ménager l'artère le plus qu'on le peut.

M. Nélaton n'a pratiqué la ligature que parce qu'elle était très facile; s'il avait dû chercher, il aurait eu recours à la compression. Son fil n'étant pas serré n'attaquait par les parois artérielles.

— M. Th. Anger présente deux malades, âgés l'un de 45 ans et l'autre de 15 ans 1/2, atteints de dilatations des vaisseaux lymphatiques. Ils sont nés en France et n'ont jamais quitté le pays. — P. C.

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Mars 1888.

M. le docteur Berne lit un travail sur le *traitement des névrites brachiales par le massage*. Il se base sur l'observation suivante : A la suite d'un refroidissement local, Mme X... arthritique, éprouva de vives douleurs au niveau de l'épaule gauche avec élancements spontanés presque continus. Le sulfate de quinine et le salicylate de soude amènent la disparition des douleurs vagues, mais les sensations pénibles se fixent sur le radial qui présente un gonflement dans son trajet brachial. Pas de troubles moteurs. Un vésicatoire, une pommade belladonée très forte, l'antipyrine soulagèrent assez notablement, et, au bout de trois semaines, les phénomènes aigus avaient très notablement disparu, mais la pression sur le nerf réveillait une douleur assez vive, et il y avait des élancements spontanés à la main. Après une saison à Bourbon-l'Archambault, l'état de la malade resta fort pénible. L'électricité ayant échoué à son tour, on recourut au massage, en faisant des pétrissages superficiels et profonds des divers groupes musculaires, y compris les muscles de la main; de plus, à chaque séance, on exerçait une sorte d'extension du nerf en étendant fortement l'avant-bras. Après sept séances, il ne restait plus

qu'un peu d'hyperesthésie des deux dernières phalanges de l'index sur sa face antérieure.

M. Berne enregistre le fait sans essayer d'en donner une explication satisfaisante.

— MM. E. Périer et Marciguey communiquent une observation de *dipsomanie avec délire des persécutions chez un même malade*. Le patient est un esprit cultivé dont la conversation est brillante. Mais, quand on gagne sa confiance, il parle de ses préoccupations constantes et de ses terreurs chimériques et met ainsi à nu la plaie de son intelligence. Son délire est continu et calme quand il n'est pas sous l'empire de la boisson, mais, malheureusement, les crises de dipsomanie reviennent tous les mois environ, et alors il devient dangereux par suite de ses craintes. Les auteurs tiennent à établir que leur malade n'est pas un alcoolique. Dans l'intervalle des crises, il est sobre, mais quand un désir de boire le prend, son caractère devient grossier et irritable, et il se met à absorber tout ce qu'il trouve à sa portée jusqu'à tomber ivre-mort. Jamais il n'a eu d'attaques de *delirium tremens*. Plusieurs fois, soit à la suite de scandales, soit de lui-même, le malade est entré dans des maisons de santé.

MM. Périer et Marcigney pensent que l'affection principale est incurable; toutefois, protégé contre ses crises de dipsomanie et les excès alcooliques qu'elles comportent, le malade pourra vivre ainsi pendant un nombre d'années indéterminé, mais il restera un persécuté jusqu'au jour où il tombera dans la démence, ou sera emporté par une affection intercurrente.

— M. Duchenne expose les résultats qu'il a obtenus dans le *traitement de la sciatique par la fleur de soufre*. Il a obtenu des succès. M. Lelu a eu un bon résultat et un insuccès.

— M. Vigier lit un travail sur l'emploi du *cassis comme véhicule de préparations pharmaceutiques et sur le sirop de Gibert au café*. Ce dernier sirop est d'une stabilité parfaite et facilement accepté par les malades.

— M. Gautrelet fait connaître ses travaux sur la séméiologie urinaire. Il se sert des résultats obtenus dans le diagnostic de la tuberculose, l'évolution de la phthisie torpide, la différenciation des formes diabétiques, etc.

— Nous avons encore à relever une observation de *pleurésie purulente chez l'enfant* due à M. Cadet de Gassicourt. On peut employer contre les pleurésies purulentes les ponctions simples et l'opération de l'empyème. Les conditions les plus favorables au succès des ponctions simples peuvent se résumer en une seule, l'âge du malade. C'est, en effet, dans les premières années de la vie, c'est-à-dire jusqu'a 6 ou 7 ans, que les parois thoraciques ont le plus de souplesse, que l'intégrité des poumons est la plus grande et en permet par suite la plus facile expansion, que les fausses membranes pleurales sont le moins résistantes, que la vitalité de la plèvre est la plus active et permet aux liquides, même purulents, de se résorber le plus facilement.

On ne doit pas repousser systématiquement les ponctions simples chez les enfants plus âgés. Or, on a cité quelques cas, fort rares il est vrai, de guérisons obtenus par ce moyen, même chez l'adulte.

Les règles des ponctions simples doivent être sévères; les intervalles qui séparent chacune d'elles seront de quatre à cinq jours environ; il importe surtout que cet intervalle soit toujours le même, afin que l'opérateur puisse juger de la quantité du liquide purulent qui se reproduit dans un même nombre de jours. La marche de la température sera soigneusement consultée, toute ascension thermique indiquant soit la reproduction du pus, soit une lésion pulmonaire concomitante.

La recherche des signes physiques ne sera jamais négligée et servira non seulement à constater la reproduction du pus, mais aussi à faire distinguer les lésions pulmonaires possibles des lésions pleurales.

M. Cadet de Gassicourt est ennemi absolu des ponctions indéfiniment répétées et voici les considérations qui le guident pour recourir ou non à l'empyème.

Pour que l'on soit autorisé à poursuivre l'emploi des ponctions simples, il est indispensable que la quantité de pus tirée à chacune des ponctions successives diminue dans

©BIU Santé

des proportions notables. En fait, il est rare, en cas de succès de la méthode, d'avoir à faire plus de quatre à cinq ponctions. Si cette condition manque, il faut opérer en s'entourant des précautions antiseptiques les plus minutieuses. Même, avec ces précautions, il n'a jamais obtenu les guérisons rapides, en vingt ou trente jours, que d'autres ont enregistrées.

M. de Gassicourt rapporte une observation de guérison par la méthode des ponctions successives chez un petit garçon de 4 ans. Il attache une grande importance, chez l'enfant du moins, à la persistance de la respiration avec l'existence de signes de grand épanchement comme symptôme de la purulence d'un liquide pleural. — P. C.

FORMULAIRE

POUDRE ANTI-ASTHMATIQUE. — Cléry.

Feuilles de stramonium pulv.	ãã	30 grammes.
Feuilles de belladone pulv.		
Nitrate de potasse pulv.		5 —
Opium brut pulv.		2 —

Mêlez. — On fait bruler cette poudre rouge sur une pelle rougie, et on aspire la fumée, dans le cas d'asthme essentiel. — N. G.

COURRIER

PRIX CIVIALE. — Un nouveau concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires pour le prix biennal de 1,000 francs, fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 octobre 1888 au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

— La Société de géographie de Paris a décerné le vendredi 4 mai 1888, dans sa séance générale annuelle, le prix Logerot (une médaille d'or), à M. le docteur René Verneau, préparateur au Muséum d'histoire naturelle, pour sa monographie sur les îles Canaries (1877-1887).

NÉCROLOGIE. — Nous apprenons avec regret la mort de M. le docteur A. Desplats, agrégé de la Faculté de médecine de Paris, décédé le 5 mai 1888, à l'âge de soixante-huit ans. Ses obsèques ont eu lieu le mardi 8, à la Madeleine. Une délégation de la Faculté, en robe, y assistait.

— M. Hannosset, ancien directeur de l'hôpital Beaujon et de l'Hôtel-Dieu de Paris, chevalier de la Légion d'honneur, est décédé le 6 mai à Vernon (Eure), où il habitait depuis onze ans. Il venait d'atteindre sa quatre-vingt-treizième année.

HÔPITAL DES ENFANTS MALADES. — Le docteur Jules Simon recommencera ses conférences le mercredi 23 mai à neuf heures du matin, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. — Le samedi, consultation clinique.

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.

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, athrepsie, convalescences.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Dr Lamallerée : Des injections gazeuses appliquées au traitement de la phthisie pulmonaire. — II. La prophylaxie publique de la syphilis à l'Académie de médecine de Paris. — III. F. Terrier : Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison. — IV. Revue des journaux : Un traitement de la pustule maligne. — Siège insolite du chancre syphilitique. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — VI. Formulaire. — VII. Courrier. — VIII. Analyse du Lait d'Arcy.

Des injections gazeuses appliquées au traitement de la phthisie pulmonaire,

Par le docteur de Lamallerée.

Le nouveau traitement de la phthisie pulmonaire, bien qu'on en ait dit, ne s'est pas évanoui après avoir à peine signalé son existence. Pour moi, je n'hésite pas à dire aujourd'hui : les injections gazeuses ont une efficacité réelle. Cent sept observations, consciencieusement prises, me permettent d'en parler en connaissance de cause.

Dès l'année dernière (Congrès des Sociétés savantes, Paris, 1887), j'ai émis cette opinion, qu'il y a toujours une amélioration, quelquefois même à la période cavitaire. A cette période, évidemment, les injections gazeuses ont une efficacité très discutable; mais je n'ai jamais eu d'accident à leur imputer.

Dans mes expériences, 21 cavitaires ont été traités chez eux : ou bien il n'y a eu aucun effet appréciable (14 cas), ou bien une légère atténuation des symptômes, dyspnée, toux, sueurs, fièvre, atténuation très passagère du reste (7 cas).

A côté de ces résultats, nuls pour bien dire, sur 86 tuberculeux non cavitaires, 7 ont été absolument réfractaires au traitement. Chez les 79 autres, la dyspnée, la toux, la fièvre diminuent dans l'espace de quelques jours; ensuite la nature des crachats se modifie, ils finissent par devenir franchement muqueux; l'appétit revient et les malades augmentent rapidement de poids, ils prennent environ 1 kilogr. par semaine après douze à quinze jours de traitement. Les signes stéthoscopiques persistent longtemps. Chez les phthisiques au premier degré (52 cas), il a fallu de huit à quatorze mois de traitement non interrompu pour les supprimer; chez les 27 autres malades, ceux-là à la période de ramollissement, les signes se sont atténués seulement dans le même laps de temps (17 cas), ou bien ont cessé (10 cas).

Le bacille disparaît des crachats, mais également à la longue, dans la majeure partie des cas. Ainsi, au premier degré, je l'ai vu disparaître 37 fois sur 52 cas; au deuxième degré, moins fréquemment, 9 fois sur 27 cas.

Chez les cavitaires, le bacille persiste, mais je me crois en droit de dire qu'il perd de sa virulence, en me basant sur l'expérience suivante, que je poursuis depuis plus d'une année.

En mars 1887, j'ai commencé à faire absorber à des poules les crachats bacillaires d'un cavitaire soumis au traitement. Chaque animal absorbait chaque jour 210 grammes de crachats incorporés à la pâtée habituelle. L'expérience a duré vingt-deux jours; chaque poule a donc ingéré 4 kilogr.

©BIU Santé

820 gr. de crachats sans éprouver d'autre inconvénient qu'une diarrhée assez intense pendant les dix premiers jours. A la même époque, circonstance à remarquer, le malade, source des crachats, eut une légère amélioration qui se prolongea environ trois mois.

Ne voyant pas mes animaux dépérir, en dépit de leur réceptivité pour la tuberculose, — réceptivité attestée par des expériences journalières et par de nombreuses observations, une entre autres qui m'est personnelle (Contagion de la tuberculose par les poules; Congrès des Sociétés savantes, 1887, et Ann. de la Société des sciences médicales de Gannat, 1886), — je fis, le 1er juillet 1887, une inoculation dans la chambre antérieure avec un fragment de crachat bacillaire d'un tuberculeux cavitaire très avancé; le résultat fut absolument négatif. Le 1er août, je fis une seconde inoculation, qui fut tout aussi infructueuse que la première. Enfin, pour sanctionner cette expérience, je priai M. le professeur Cornil, dont l'obligeance est bien connue, de vouloir bien examiner mes animaux. Il en ouvrit deux, un des petits et une mère, et, le 9 mars 1888, je reçus cette réponse de notre éminent maître : « Vos poules sont parfaitement bien portantes et ne présentent aucune trace de tuberculose. »

A la période cavitaire, on ne peut rationnellement compter sur une guérison; mais les malades se trouvent généralement bien du traitement, et c'est à tort que le docteur Chéron (*Union médicale*, n° 44, 1888) me fait dire que les injections gazeuses sont contre-indiquées à cette période. J'ai toujours dit (voir Compte rendu de la Société des sciences médicales de Gannat, 1887, et Congrès des Sociétés savantes, Paris, 1887) qu'à cette période le traitement n'avait pas de résultats réels, mais qu'il soulageait quelquefois. De là à une contre-indication, il y a loin.

Quant aux accidents signalés par divers auteurs, je ne les ai jamais rencontrés qu'à mes débuts dans la période des tâtonnements. Le seul phénomène que j'aie observé chez mes malades (26 fois), consiste en taches rosées sur l'abdomen et le thorax entre le huitième et le dixième jour du traitement par le gaz sulfhydrique, éruption absolument anodine et dont la durée est éphémère.

Mais, pour obtenir des résultats aussi satisfaisants, il faut absolument se mettre dans les conditions que j'ai étudiées dès l'année dernière en collaboration avec Bergeon, conditions impossibles à réunir avec l'appareil Morel tel qu'il est, mais auxquelles on arrive avec certaines modifications que j'y ai apportées, de même qu'avec l'appareil fabriqué par la Société des produits chimiques de Paris.

Pour réussir, il faut éviter les accidents intestinaux et favoriser l'absorption du gaz, là est toute la question. Une expérience concluante à l'égard de l'absorption fut faite il y a un an au laboratoire de l'Ecole de médecine par MM. Henriot et Richet. Cette expérience a démontré que, si le gaz n'est point absorbé, il se produit des coliques, tandis qu'il n'y en a pas si l'absorption se fait bien. D'un autre côté, Bergeon et moi avons observé que le remède n'agit pas s'il se produit des coliques, et agit bien s'il n'y en a pas. Alors, nous nous sommes attachés à n'employer le gaz que d'une pureté irréprochable.

Depuis ce moment, nous évitons les coliques et nous nous croyons en droit de dire que l'impureté du gaz est une des conditions qui l'empêchent d'être absorbé. De plus, entraînés par l'expérience, nous préférons le gaz carbonique provenant d'une source minérale naturelle, et, pour l'hydro-

gène sulfuré, nous estimons qu'il ne faut le demander qu'à une eau fortement sulfurée.

Bergeon va plus loin, il croit que les gaz extraits des eaux minérales possèdent des propriétés spéciales inhérentes à leur provenance. Une seconde condition, non moins essentielle, est la température du gaz injecté. Il faut arriver à une température aussi rapprochée que possible de celle du rectum.

Chez certains malades, je n'observais pas de coliques : or, le flacon renfermant le sulfure de carbone était garni d'eau chaude, afin de favoriser le dégagement gazeux. Au contraire, chez ceux qui se servaient d'Eaux-Bonnes, il y avait des coliques. Alors, j'ai réchauffé le mélange gazeux en le faisant barboter dans de l'eau à 40° environ; avec cette précaution, les coliques ne se sont plus reproduites et l'absorption se faisait.

L'injection doit être poussée aussi lentement que possible, pour ne pas provoquer trop de météorisme. Il faut de vingt minutes à une heure pour injecter six litres de gaz. Tout est variable, suivant l'individu, dans cette fonction d'absorption intestinale. De plus, un jet régulier de gaz passe beaucoup plus rapidement qu'un jet saccadé. Pour obtenir cette régularité du jet et la température du gaz, j'ai adapté à l'appareil Morel un barboteur muni d'un robinet entre la bouteillle d'Eaux-Bonnes et un flacon d'eau chaude où il plonge, plus une poire régulatrice en caoutchouc entre le ballon et la bouteille d'Eaux-Bonnes.

Naturellement, l'intestin doit être à l'état de vacuité. Les injections doivent se faire, soit avant le repas, qui peut être pris un instant après sans inconvénient, soit quand la digestion est terminée, deux ou trois heures après le repas.

La position du malade joue un rôle secondaire, il est vrai, mais non moins réel. Le décubitus dorsal est toujours préférable; il met les muscles abdominaux dans le relâchement, le gros intestin peut se développer plus librement. Les malades ne doivent pas avoir de vêtements qui les serrent; le médecin, par la palpation, observe l'état du ventre et règle l'injection.

Telles sont les conditions dans lesquelles nous devons absolument nous placer pour pratiquer utilement les injections gazeuses. Quant à la durée du traitement, mes observations démontrent qu'il faut le continuer longtemps. Il doit être suivi rigoureusement jusqu'à la disparition des signes stéthoscopiques; alors, on peut se contenter d'y revenir environ quinze jours tous les deux mois pour se mettre en garde contre une récidive.

La prophylaxie publique de la syphilis à l'Académie de médecine de Paris (1).

Rapport fait au nom d'une commission composée de MM. Ricord, Bergeron, Le Roy de Méricourt, Léon Le Fort, Léon Collin et Alfred Fournier, rapporteur.

Discussion par M. Barthélemy.

4° *Prophylaxie de la syphilis dans l'armée et dans la marine.*

« Instituer dans l'armée une série de conférences ayant pour objet d'éclairer les soldats sur les affections vénériennes et les dangers de la syphilis en particulier, sur le bénéfice à attendre d'un traitement prolongé,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 10 et 15 mai 1888.

©BIU Santé

sur les périls de la prostitution clandestine exercée par les insoumises, les rôdeuses et les servantes de cabarets, etc.

Ces conférences seraient faites par les médecins militaires de chaque corps. Elles seraient annuelles et auraient lieu de préférence après l'enrôlement des jeunes recrues. Une conférence semblable serait également faite aux réservistes le lendemain de leur arrivée au corps. »

Certes, rien n'est plus sage que ce programme; on voit qu'il a été élaboré par des gens compétents qui n'ont pas craint d'entrer dans tous les détails de la réforme humanitaire qu'ils proposent.

« Provoquer de la part de tout soldat récemment affecté de syphilis une déclaration relative à la femme dont il a contracté la maladie. »

Sans doute il y a là à craindre les ruses ou les mensonges dont certaines personnes peu scrupuleuses sont capables; et l'on a pu citer des cas où des soldats ont dénoncé des filles publiques innocentes et non les domestiques qui les avaient rendus malades et qui se faisaient pardonner au moyen de certaines largesses. Toutefois, nous pensons que cet argument n'est pas sérieux; outre que la calomnie répugne à nos militaires, il y aurait des moyens faciles de répression qui couperaient court à ces indications erronées. Il faut penser aux services que rendra la mesure proposée. On n'a pas le droit d'oublier des faits comme celui-ci : *une seule et même femme* ayant *contaminé plus de trente soldats,* dont deux, atteints dans les trois ou quatre années suivantes, de lésions, soit cérébrales, soit médullaires, ont dû quitter l'armée. *Cette femme,* ainsi que nous l'avons écrit ailleurs, *a fait plus de tort à notre armée qu'une batterie allemande!*

Il est évident qu'on ne peut laisser debout un système qui rend possible de pareilles énormités.

« 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 surveillée; interdire formellement aux soldats la fréquentation de ces établissements.

« Ecarter *toute punition* (ceci est capital) du programme prophylactique de la syphilis dans l'armée.

« Supprimer les visites faites en commun et les remplacer par des examens privés, individuels, discrets.

« Instituer un service de police spécial autour des grands camps, tels que Satory, Saint-Maur, Châlons, etc. » C'est là une mesure indispensable de salubrité, *aussi urgente que la voirie.*

Prendre toutes dispositions pour assurer au soldat syphilitique, dont le traitement a été commencé à l'hôpital, la faculté de continuer à son corps, sous la direction des médecins de son régiment, le traitement ou la série de traitements ultérieurs indispensables à sa guérison.

« En ce qui concerne la marine, il serait à désirer qu'à bord des bâtiments de guerre, une visite médicale de l'équipage fût faite avant l'arrivée dans chaque port, afin d'interdire la communication avec la terre aux hommes qui seraient reconnus contaminés.

« Il est absolument essentiel que, dans toutes les villes du littoral, notamment dans les grands ports de guerre ou de commerce, un service régulièrement rigoureux soit institué pour la surveillance et la visite médicale des prostituées, en vue de prévenir les contaminations que contractent si fréquemment les marins dans les ports de relâche ou de débarquement. »]

5° *Prophylaxie des contagions syphilitiques dérivant de l'allaitement*

« Ajouter à la réglementation administrative des *Bureaux de nourrices* l'article suivant :

« Nul n'est admis à prendre une nourrice dans un bureau de placement que sur la présentation d'un certificat médical, certificat garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson.

« La teneur dudit certificat pourrait être conçue à peu près dans les termes que voici :

« Je soussigné, docteur en médecine, certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant — et auxquels je donne mes soins depuis (préciser l'époque) — soient affectés d'aucune maladie contagieuse qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant. »

Il est certain que, là encore, il y a un mal à empêcher et à réparer. La clinique a montré des cas plus qu'attristants, déplorables, où la syphilis, transmise à une nourrice par son nourrisson, a atteint la famille de la nourrice et y a fait des victimes nombreuses, voire des morts. Or, il se passe ce fait vraiment incroyable qu'un long procès est nécessaire, dans l'état actuel de la législation, pour faire accorder à la malheureuse nourrice des dommages-intérêts, et que la plupart du temps ces dommages-intérêts ne sont nullement proportionnés au dommage causé.

D'autre part, l'expérience montre qu'il y a, et en un plus grand nombre qu'on ne le croit, des nourrissons contagionnés par des nourrices qui ont été elles-mêmes à leur insu contaminées par un nourrisson antérieur : toujours la théorie : « J'ai donné la vérole comme je l'ai reçue! » Ce que nous appelons : *la théorie du libre-échange*. La constatation du fait constitue une critique suffisante.

Evidemment tout cela appelle une réforme qui empêche la répétition indéfinie de pareils malheurs dès longtemps signalés et bien connus des praticiens.

Est-ce à dire que la proposition de la Commission soit ici en tout point acceptable? Nous ne le pensons pas, et peut-être l'application journalière du dernier article serait-elle peu praticable, de par le secret médical et pour d'autres raisons. Il nous semble pourtant qu'on pourrait bien exiger un examen plus approfondi des nourrices et des nourrissons. De plus, ceux qui désirent une nourrice ne pourraient en avoir que s'ils garantissaient (sans que le médecin y fût mêlé) la bonne santé de leur enfant, et que s'ils s'engageaient à donner à la nourrice une réparation suffisante, en cas d'accident survenu par leur fait. — D'autre part, les nourrices qui contamineraient l'enfant seraient poursuivies comme auteurs de coups et blessures involontaires — ou bien on recourrait à toute autre mesure sur laquelle réflexion sera faite par les personnes compétentes chargées de décider des détails et de la mise en pratique de *la loi militaire* que le corps médical aurait eu l'honneur de proposer.

Il est certain que, en bonne équité, le fait de prendre nourrice — c'est-à-dire d'acheter du lait — et celui de prendre nourrisson — c'est-à-dire de vendre son lait — constituent un contrat. Chacune des parties contractantes court un certain nombre de risques. Comme, en droit, il n'est pas admis qu'on puisse impunément tromper qui que ce soit sur la qualité d'une marchandise, rien ne serait plus juste, ici encore, que de fournir une sorte d'as-

©BIU Santé

surance et de garantie, et de fixer à ce sujet la législation. En principe, la nourrice doit être saine; le nourrisson doit être sain. Le secret professionnel ne serait nullement engagé par un certificat constatant, par exemple, qu'au moment de l'examen, l'enfant et la nourrice paraissent présenter (ou ne pas présenter) des signes de maladie contagieuse. En tout cas, on saurait qu'un tel certificat est exigible et ceux qui s'en passeraient sauraient à quoi ils s'exposent : eux seuls seraient responsables.

V

On le voit, le programme est vaste, éclairé, libéral, humain surtout. Il envisage la question dans son ensemble et ne craint pas d'entrer dans les détails pour éviter les hésitations, les malentendus, etc.

L'Académie — cela n'est pas douteux, et, pour notre part, nous voulons encore le proclamer — reste strictement dans son domaine, dans son ressort, en *provoquant* la confection d'une *nouvelle loi sanitaire*. Elle seule peut le faire utilement. Elle seule peut juger des conséquences déplorables de la contamination et connaître avec certitude *des rapports qui existent entre la lésion si insignifiante du début et les accidents parfois mortels de l'évolution lointaine*. Elle seule connaît tous ces faits; elle seule, par conséquent, peut et doit éclairer les pouvoirs publics sur l'existence d'un danger qu'ils sont absolument incapables de mesurer dans son étendue, dans sa gravité, et même de soupçonner dans sa réalité. Qu'on ne s'y trompe pas, c'est bien là non seulement le droit, mais le devoir de l'Académie. Elle ne peut qu'y gagner en prestige, à cause du service rendu à la société. Et, si elle n'est pas suivie, elle aura du moins la satisfaction et la conscience d'avoir rempli tout son devoir. D'ailleurs, ce ne serait là qu'un échec apparent et passager que l'avenir se chargerait de réparer brillamment non moins que promptement.

En effet, l'accord des médecins est unanime. Sans parler de l'écœurante industrie des souteneurs, l'armée du crime, comme on dit, que comporte inévitablement la prostitution clandestine, un mal énorme existe : il faut y remédier. Or, ce qui existe est absolument insuffisant. L'arbitraire est dorénavant impossible; des erreurs trop graves ont eu lieu. Personne ne peut oublier ces honnêtes femmes poursuivies par erreur, d'autres par vengeance ou même par débauche, d'autres, enfin, soumises de force à la visite et trouvées vierges, etc.! Tous ces faits ont soulevé l'indignation publique; le système qui les a permis ne pourra se relever; il est à jamais condamné; il n'existe plus. Et pourtant il faut à la santé publique une protection; *il faut donc trouver mieux*, et personne ne peut se désintéresser de la question, puisque *personne n'est assuré* qu'il *ne sera pas un jour, dans sa famille ou dans sa personne, atteint par le mal* que nous signalons et que nous engageons à combattre.

VI

Depuis que ce qui précède a été écrit, l'Académie a clos la discussion de cette grave question. Elle a adopté un projet de réformes, très adoucies, très mitigées, mais qui, tel qu'il est, n'en réalise pas moins un véritable progrès sur le passé. A ce titre, l'hygiène sociale et la santé publique en attendront impatiemment la réalisation. Pour guérir, il ne suffit pas de formuler une ordonnance, il faut que la prescription soit suivie.

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

Kyste multiloculaire de l'ovaire gauche. — Ovariotomie. — Guérison.

(Observation rédigée sur les notes de M. Montprofit, interne.)

Mme Fortin (Léonie), femme Chevalier, demeurant à Saint-Germain-en-Laye, âgée de 44 ans, entre le 20 octobre 1884 à la salle Chassaignac, n° 8. Cette malade m'est adressée par mon ami le docteur E. Lamarre (de Saint-Germain-en-Laye), pour être opérée d'une tumeur abdominale. Réglée pour la première fois à 12 ans, Mme C... se maria à 21 ans devint enceinte à 22 ans.

Les règles ont toujours été très abondantes. A plusieurs reprises se produisirent des pertes qui durèrent quinze jours ou trois semaines.

A l'âge de 36 ans, suspension absolue des règles pendant dix-huit mois. La menstruation se rétablit ensuite d'une façon normale jusqu'au mois de janvier 1884. Il survint alors une perte assez abondante pendant un mois. Depuis, pas d'écoulement menstruel.

C'est à cette époque (janvier 1884) que le ventre a commencé à grossir peu à peu. Jamais il n'y a eu de douleurs. Pas de vomissements; pas de fièvre.

Etat actuel. — L'abdomen est très développé. La peau ne présente pas de vergetures. Pas de circulation veineuse collatérale. L'ombilic est déplissé.

Matité dans tout l'abdomen. Sonorité dans les flancs à la palpation, flot très net transversal à la partie supérieure de l'abdomen. Dans la moitié inférieure de l'abdomen, il n'y a pas de fluctuation. La consistance de la tumeur est pâteuse et inégale.

Le toucher montre que l'utérus est petit et indépendant de la tumeur.

Une ponction, faite le 25 octobre, donne issue à 8 litres de liquide verdâtre.

La malade sort au commencement du mois de novembre (évacuation du service *sous prétexte* de choléra) et rentre le 18 décembre.

A ce moment, l'abdomen est moins volumineux que la première fois. Ses dimensions sont les suivantes : Circonférence ombilicale, 1m,19; de l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 0m,24; distance ombilico pubienne, 0m,17; distance ombilico-iliaque droite, 0m,28; distance ombilico-iliaque gauche, 0m,20.

Diagnostic. — Tumeur ovarique polykystique avec une poche beaucoup plus grande que les autres.

Opération le 30 décembre 1884, avec MM. Berger et Périer. M. Montprofit fait la *chloroformisation*, assez facile. Pas d'agitation. Phase larmoyante au début. Quelques irrégularités du pouls pendant l'opération. Pas de troubles respiratoires. Pas d'accidents asphyxiques. Quelques vomissements.

L'incision de la paroi épaisse saigne beaucoup. Le péritoine est ouvert. On voit le kyste avec une grande poche qu'on ponctionne, on évacue 12 litres de liquide clair et visqueux. Pas d'adhérences. Le pédicule est assez large et formé aux dépens de la trompe et du ligament large gauche. L'ovaire droit est jugé sain. Ligature du pédicule en chaîne avec deux fils. Suture de la paroi : huit fils profonds, trois superficiels. Durée, vingt-huit minutes.

Le kyste multiloculaire pesait 800 grammes de parties solides et renfermait 12 litres de liquide.

Dans la journée, pas de vomissements; pas de nausées; pas de douleurs abdominales. Glace et champagne. Temp., soir, 38°2; pouls, 110; resp., 22.

Le 31 décembre. — Deux vomissements dans la nuit : l'un à dix heures du soir, l'autre à deux heures du matin. La malade a passé une bonne nuit. Piqûre de morphine, un quart de seringue. Urine, 1 litre. Temp., 37°7 et 37°8.

Le 1er janvier. — 800 grammes d'urine. Emission de gaz par l'anus avec la sonde. Temp., 38°1 et 38°3.

Le 2. — Deux piqûres de morphine, l'une à six heures, l'autre à onze heures du soir 600 grammes d'urine. Temp., 38°1 et 38°8.

©BIU Santé

Le 3. — Ablation des fils superficiels et de quatre fils profonds. Urines, 600 grammes. Temp., 37°2 et 38°5.

Le 4. — Est remise dans la salle commune. Temp., 38° et 37°9.

Le 5. — Temp., 38°3; soir, 39°. La malade se plaint de coliques.

Le 6. — La malade n'a pas été à la selle depuis l'opération. Un lavement. Temp., 38°7 et 38° le soir.

Le 11. — Constipation. Ne va à la selle qu'avec des lavements.

Le 15. — Suppuration de trois points de suture.

Le 31. — Va tout à fait bien; se lève depuis plusieurs jours.

Exeat le 3 février, complètement cicatrisée.

Le 24 janvier 1886, Mme C... me donnait de ses nouvelles; elle allait fort bien et pouvait travailler. Ses règles n'ont pas reparu depuis l'opération.

Je revois la malade en 1886 et constate que la cicatrice a 17 centimètres de longueur, dont 1 centimètre au-dessus de l'ombilic. A la partie inférieure existe une légère éventration, et à ce niveau le tissu de cicatrice paraît distendu.

Le 22 juin 1887. — Même état. L'éventration n'a pas augmenté.

Cette observation n'offre de remarquable que les troubles utérins et menstruels antérieurs à l'apparition de la tumeur. Ces troubles sont en général exceptionnels, en tous cas ils avaient cessé au moment où le kyste s'est développé, et la ménopause paraît avoir immédiatement précédé la naissance de la néoformation ovarienne.

REVUE DES JOURNAUX

Un traitement de la pustule maligne. — Le journal espagnol *Union de las Ciencas Medicas*, de Carthagène, cite trois cas de pustule maligne traités avec succès par l'application d'une pâte faite avec la quinine en poudre et l'huile de térébenthine. Dans le premier cas, la pustule avait pour siège l'articulation métatarso-phalangienne chez une femme. Après l'emploi inutile de plusieurs moyens de traitement, l'application de la pâte ci-dessus indiquée fit cesser immédiatement la douleur, diminuer l'œdème de l'extrémité, et la pustule fut réduite à une croûte, qui se détacha le quatrième jour, laissant une cicatrice indélébile. — Le second cas a été observé sur le berger d'un troupeau où la maladie avait régné épidémiquement. La pustule s'était manifestée à la suite de la piqûre d'une mouche à la partie inférieure de la région temporale. Deux heures après la piqûre, un œdème considérable de la tête et du cou avait complètement défiguré le malade. La pâte en question ayant été appliquée, l'œdème diminua beaucoup et la douleur cessa dans l'espace de deux heures. Au bout de deux jours une grande quantité de pus sanguinolent s'écoula, et au bout de quatre jours, la croûte se détacha. Le troisième cas eut pour sujet un autre berger du même troupeau, et le même traitement produisit les mêmes résultats. La croûte se forma et se détacha, dans les mêmes conditions que ci-dessus, le quatrième jour. (*The Physician and Surgeon*, janvier 1888). — R.

Siège insolite du chancre syphilitique. — « Il y a un peu plus de trois ans, raconte le docteur William C. Wood, dans *The New-York med. Journ.* du 18 février 1888, j'ai été consulté par un jeune homme qui portait un chancre induré sur la jointure du petit doigt de la main droite. Dans une rixe entre buveurs, il avait porté un coup de poing sur la bouche de son camarade, et s'était fait une légère égratignure, qui avait donné à peine un peu de sang, mais qui ne se cicatrisait point, malgré toutes les pommades appliquées. Précisément alors je traitais, pour un ulcère syphilitique de la bouche, l'individu qui avait reçu le coup de poing. Je fis connaître à mon client la nature de son mal et lui prescrivis un traitement spécifique. Il le suivit exactement pendant deux mois, présentant pendant cette période de légers symptômes constitutionnels; mais comme il avait une vie irrégulière, il cessa de se soigner. Dix-huit mois plus tard, il me pria de venir voir son enfant. Il était marié depuis un an, et son enfant, qui n'était âgé que de

quelques semaines, était couvert d'une éruption depuis sa naissance. Cet enfant mourut le jour même, succombant manifestement à une syphilis héréditaire. Je ne pus obtenir de mon client qu'il se traitât, parce qu'il ne se sentait point malade. Toutefois, peu de temps après, il commença à tousser, s'adressa à des charlatans, fit des excès de boisson, et m'appela il y a seulement un mois. Il était alors dans la dernière période de la phthisie pulmonaire, et mourut bientôt. »

Le docteur Wood conclut avec raison de ce fait à la nécessité de mesures prophylactiques générales. Ce sujet est en ce moment à l'ordre du jour chez nous. Comme le fait remarquer notre confrère américain, la Société a le droit de réclamer une protection efficace contre ce mal, qui frappe si souvent des victimes innocentes, et répand plus de souffrances et de mort que les maladies les plus redoutées. — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un rapport de M. A. Prengrueber, médecin de colonisation, sur : 1° la variole, variolisation et vaccine chez les indigènes de la Kabylie; 2° la liste des Européens et indigènes vaccinés avec succès pendant l'année 1887.

2° Un mémoire sur les résultats comparés des vaccinations et revaccinations faites avec : 1° le vaccin d'enfant; 2° du vaccin d'adulte; 3° du vaccin de génisse frais; 4° du vaccin de génisse conservé, par le docteur Ebstein.

3° Un mémoire de M. Pigeon, intitulé : *Quelle est la cause de la diminution insolite de l'électricité et de l'ozone atmosphérique particulière aux époques d'épidémie cholérique.*

— M. Le Roy de Méricourt : M. Besnier, dans sa belle *Etude sur la nature, l'origine et le mode de transmission de la lèpre,* a montré qu'il est un partisan convaincu des doctrines microbiennes; il fut l'un des premiers, en France, à faire ressortir l'importance de la découverte du bacille de la lèpre faite par Armauer Hansen. Au contraire, l'orateur n'accorde qu'une part restreinte à la contagiosité dans la transmission de la lèpre, et ne veut pas encore s'abandonner au courant qui entraîne la très grande majorité du monde médical vers la pathologie bactéridienne. Il n'a pu encore se faire à l'idée qu'à chaque unité morbide correspond ou correspondra bientôt une individualité parasitaire. Si un micro-organisme n'a pas été mis en évidence pour certaines maladies, dit-on, il le sera demain, il existe, il doit exister; c'est fatal.

M. Le Roy de Méricourt ne veut pas remonter le courant; il n'est qu'un médecin qui a toujours cherché à observer de son mieux tout en étant éclectique. Il se propose seulement d'émettre quelques doutes sur la vivacité des clartés projetées par l'histologie et la bactériologie en ce qui concerne le mode de propagation de la lèpre et surtout les mesures prophylactiques. M. Le Roy de Méricourt a fait appel au concours de deux étrangers, M. F. Frayer et M. Van Leent.

Il félicite M. Leloir de ce qu'il est doué d'une constitution réfractaire au bacille de Hansen qu'il a affronté d'abord à l'hôpital Saint-Louis, puis en Italie, puis en Norvège.

Suivant le docteur Arning et M. Besnier : 1° le bacille de la lèpre est un parasite exclusif à la race humaine; 2° il peut être transmis directement de l'homme à l'homme; 3° ou avoir un état d'évolution intermédiaire, mais qui ne peut venir que des tissus malades d'un lépreux; 4° tout lépreux est un dangereux foyer.

L'orateur est frappé de la facilité avec laquelle M. Besnier résout le problème de la période d'incubation qui, pour lui, correspond à un sommeil réel du germe. Ce germe, dans la lèpre, peut rester *indéfiniment* à l'état latent, jusqu'à 12, 14 et même 20 ans. C'est là, pour l'orateur, du *romantisme médical.*

Pour mieux indiquer le danger qui menace la France, M. Besnier insiste sur l'aug-

©BIU Santé

mentation du nombre des lépreux qu'il y a à Paris; d'après lui, la lèpre provient exclusivement du lépreux, et il faut faire disparaître ce dernier.

Pour M. Besnier, c'est aussi l'homme qui porte en lui-même le micro-organisme, germe des maladies zymotiques et même de la malaria; les marais, les eaux, le sol ne jouent plus que le rôle de bouillon de culture! Il ne croit pas que beaucoup de médecins puissent partager cette opinion.

L'honorable médecin de Saint-Louis s'est appuyé, pour émettre cette doctrine, sur l'apparition de la malaria à l'île de la Réunion, indemne jusqu'à l'arrivée des Malgaches et des Indiens. Mais le fait n'est pas exact, car l'île a présenté de tout temps des foyers de malaria sur le littoral pendant l'hivernage. Les Indiens ont introduit la fièvre à rechutes et non la malaria.

M. Leloir le dit dans son livre, la démonstration de la contagiosité de la lèpre n'est point faite d'une façon péremptoire. Il faut encore remarquer que, de trois maladies qui ont des analogies réelles, la lèpre, la tuberculose et la syphilis, c'est celle dans laquelle on n'a pu montrer encore un micro-organisme qui est la plus inoculable, la plus transmissible; c'est celle qui possède le bacille le plus gros qui n'a jamais pu jusqu'à présent être inoculée.

Un grand nombre de médecins n'admettent pas, ou admettent avec réserve la contagiosité de la lèpre.

On peut citer Fernel, Fabrice d'Aquapendente, Alibert, Danielssen, Bœck, ce dernier penchant en ce moment vers la contagion. L'idée de la contagion de la lèpre a perdu du terrain à la suite d'enquêtes des plus sérieuses faites dans les pays à lèpre par excellence. L'enquête de 1862, dans les colonies anglaises, a conduit à la nier, celle de 1867 arriva à la même conclusion. Tilbury Fox et Farquhaz la repoussent également. Enfin, en 1887 fut faite une dernière enquête anglaise; elle admit « que s'il y a quelques éléments de contage dans la lèpre, ils ne sont pas aussi redoutables que ceux de la syphilis, que la maladie n'est pas contagieuse dans le sens proprement dit, et que, si elle l'est, ce n'est qu'à un faible degré et dans des circonstances exceptionnelles ».

M. Cunningham a formulé, en novembre 1887, son opinion personnelle : il n'admet pas la contagion, mais accorde la plus grande importance au séjour et à l'hérédité. Le docteur Rake, sir J. Fayrre ont à peu près la même opinion.

M. Rognat Landré, qui est partisan de la contagiosité, a montré quels résultats déplorables entraîne l'internement forcé, et ses chiffres sont démonstratifs.

Malgré la lumière si vive que doit projeter la découverte du bacille de Hansen, M. Besnier est lui-même impressionné par la multitude de faits négatifs, et surtout par la non-inoculabilité du bacille de l'homme à l'homme, sur laquelle nous insisterons plus loin. Il compare la lèpre à la tuberculose sous le rapport de la contagiosité occulte, de l'inoculation illimitée et de l'évolution irrégulière, et n'admet pas que la lèpre soit en toute occasion contagieuse et féconde. C'est là une condescendance involontaire à la doctrine de la non-contagiosité.

La tuberculose continue à faire les plus grands ravages dans les pays d'Europe dans lesquels il y a une hygiène, une police médicale.

La lèpre n'est pas une maladie tellurique, a dit Leloir, et cependant les lépreux, en disséminant leurs bacilles dans le sol, les eaux, infectent une région pour un temps plus ou moins long. Le même auteur rapporte 109 observations de cohabitation souvent prolongée sans contagion. M. Besnier explique cependant la fréquence de la maladie chez les riches au Brésil et à Surinam par le contact avec les esclaves et la fréquence des rapports extra-conjugaux.

Les contagionnistes eux-mêmes ne s'accordent donc pas entre eux.

(La lecture sera continuée à la prochaine séance.)

— M. Dujardin-Beaumetz fait incidemment observer, comme nouvelle preuve du danger de la confusion des noms des médicaments, que des médecins de province emploient sous le nom d'analgésine un produit qui n'est nullement l'antipyrine.

M. C. Paul insiste sur l'importance de l'étude de la narcéine que Cl. Bernard a découverte et étudiée il y a 25 ans; l'illustre physiologiste montra que c'était le meilleur sopo-

rifique existant et que le sommeil qu'elle donnait, calme et facile, n'était suivi d'aucune espèce de trouble. Cette acquisition si précieuse pour la thérapeutique n'a jamais été retrouvée ; la narcéine de Cl. Bernard était soluble à la dose de 7 à 8 centigr. dans 2 c. c. d'eau, celle du Codex exige 1,285 parties d'eau pour se dissoudre. A la dernière séance M. Laborde a insisté sur les avantages d'un produit qu'il appelle méco-narcéine, produit des plus mal définis chimiquement et dans lequel la narcéine est mélangée à des substances alcaloïdiques diverses en proportions inconnues. M. Duquesnel est le seul qui, par un procédé délicat et difficile, prépare cette méco-narcéine et il n'est pas sûr qu'il puisse constamment fournir un produit toujours identique à lui-même.

Au point de vue expérimental, le travail de M. Laborde est remarquable ; au point de vue thérapeutique, M. C. Paul craint qu'il ne soit plutôt à combattre. En effet l'opium ne renferme qu'une quantité des plus minimes de méco-narcéine, puisque 1 kilogr. d'opium brut, qui contient 10,000 centigr. de morphine et peut ainsi soulager 10,000 malheureux, ne renferme que quelques centigr. de narcéine à peine suffisants pour un petit nombre d'injections sous-cutanées. Il est à craindre que, vu le retentissement de la discussion, la petite provision de M. Duquesnel ne soit rapidement épuisée et qu'ensuite on ne fournisse plus au médecin que de la narcéine insoluble et presque inactive. On doit donc redouter que le produit de M. Laborde ne provoque en France un enthousiasme prématuré.

M. Laborde répond qu'il a présenté un produit bien défini dans lequel la narcéine est mélangée à un extrait dont la composition chimique est parfaitement connue, puisqu'une seule des bases qui le composent n'est pas encore nommée. M. Duquesnel peut parfaitement reproduire sa préparation, et tous ceux qui voudront suivre son procédé, qui n'a rien de difficile pour un chimiste, le pourront de même. En fait, ils ont retiré de l'opium la narcéine totale additionnée d'un méconium, et le tout a les propriétés du médicament expérimenté par Cl. Bernard et peut être administré sans dangers aux malades. Depuis un an qu'il l'a mis en usage dans la thérapeutique, il a obtenu les résultats les plus encourageants et craint que M. C. Paul ne fasse tort à une substance des plus utiles aux malades, et qui vaut beaucoup mieux que l'extrait thébaïque.

M. C. Paul maintient que la méco-narcéine ne saurait passer dans le commerce par suite de sa composition chimique complexe et en partie inconnue, de la faible quantité que l'on peut en avoir, et enfin de son prix forcément élevé.

— M. Lagneau lit un rapport sur le travail de M. Decaisne relatif au *vertige des fumeurs*. Ce vertige, d'après l'auteur, est souvent confondu avec celui qui est symptomatique de la congestion cérébrale et doit en être distingué soigneusement.

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Marty sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de pharmacie. La liste de présentation a été dressée ainsi qu'il suit :

En première ligne, M. Moissan; en deuxième ligne, et *ex æquo*, MM. Beauregard, Guignard et Petit; en troisième ligne, et *ex æquo*, MM. Quesneville et Vigier.

Le nom de M. Villejean est adjoint à la liste de présentation. — P. C.

FORMULAIRE

Pilules et potion contre la tuberculose. — Luton.

1° Acétate de cuivre, 1 centigr., phosphate de soude cristall., 5 centigr., glycérine et réglisse, q. s. pour une pilule. — Pour combattre la tuberculose, lorsque le mal est définitivement localisé, on prescrit, à un adulte, une pilule chaque jour. Au bout de quelques jours il en prend une matin et soir.

2° Acétate de cuivre, 5 centigr.; phosphate de soude cristallisé, 50 centigr.; julep gommeux, 125 grammes. Faites dissoudre. — Une cuillerée à bouche, à jeun, le matin et le soir, aux enfants dont la tuberculose revêt l'allure de la bronchite capillaire ou de

©BIU Santé

la broncho-pneumonie catarrhale, comme on l'observe souvent après la coqueluche et la rougeole. — Ce remède a paru également efficace dans la tuberculose à forme de fièvre continue, et dans les formes suraiguës. Dans ce dernier cas, on fait prendre la potion par cuillerées à bouche, à plusieurs reprises dans la journée, jusqu'à effet utile. — Ces préparations doivent toujours être récentes ; on pourrait même en administrer séparément les éléments, comme pour la potion de Rivière. — N. G.

COURRIER

Un concours public pour la nomination à une place de prosecteur à l'amphithéâtre d'anatomie des hôpitaux sera ouvert le lundi 6 août 1888, 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 25 juin jusqu'au lundi 16 juillet inclusivement, de onze heures à trois heures.

Faculté de médecine de Paris. — M. Fauconnier, préparateur de chimie, est nommé chef des travaux de chimie biologique, en remplacement de M. Bémont, démissionnaire.

M. le docteur Netter est nommé chef du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau).

M. le docteur Martin est nommé préparateur du laboratoire d'hygiène (emploi nouveau).

— Par arrêté ministériel, en date du 7 mai 1888, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1888, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, à l'Ecole de médecine de Rennes.

— Par décret, en date du 7 mai 1888, le directeur de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur est membre de droit du Comité consultatif d'hygiène publique de France.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 mai 1888, un concours s'ouvrira, le 15 novembre 1888, à l'Ecole de médecine de Dijon, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— M. le docteur Mandon, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, est nommé officier de l'Instruction publique.

Mme Trébosq, en religion sœur Ambroise, infirmière au lycée d'Agen, est nommée officier d'Académie.

Hôpitaux de Bordeaux. — M. le docteur Lauga est nommé chirurgien-adjoint de l'hôpital Saint-Jean.

— L'Académie de médecine propose pour sujet du prix de l'hygiène de l'enfance, — prix d'une valeur de 1,000 francs, — à décerner en 1889, la question suivante : « De la croissance au point de vue morbide. »

Les mémoires devront être adressés à l'Académie avant le 1er mars 1889.

— M. Varat est chargé d'une mission dans la Corée, en vue d'y recueillir des collections scientifiques destinées à l'Etat.

Faculté de médecine de Montpellier. — M. le docteur Arnavielhe est chargé des fonctions de chef de clinique des maladies des vieillards, en remplacement de M. Diffre, démissionnaire.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. G. Sée : Des pseudo-anémiques (2e groupe). — III. Bibliothèque : Les nouvelles institutions de bienfaisance. — Le monde des rêves. — IV. Revue des journaux : La fièvre et son traitement. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société médicale des hôpitaux. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Chronique. — VIII. Formulaire.

BULLETIN

La dilatation de l'estomac constituant une affection générale par suite du milieu favorable que l'organe dilaté présente à la culture des micro-organismes infectieux et de la dispersion de ceux-ci dans l'économie, M. Bazy a pensé qu'elle pouvait être l'origine de certains accidents septicémiques observés dans le cours d'affections chirurgicales. Cette influence de l'affection de l'estomac sur le traumatisme n'a rien de plus extraordinaire que celle que l'on admet pour d'autres affections organiques, hépatiques, rénales, cardiaques ou autres; aussi cette influence doit-elle être combattue en traitant, dès qu'elle est reconnue, la dilatation de l'estomac. L'antisepsie gastro-intestinale paraît donc appelée à jouer un certain rôle dans le traitement des accidents consécutifs aux plaies, des septicémies chirurgicales en particulier.

Les recherches auxquelles se livrent M. le professeur Bouchard et son élève, M. Maximowitch, sur les propriétés antiseptiques des naphtols semblent destinées à fournir des armes puissantes aux chirurgiens qui voudront entreprendre de mettre en pratique les idées très logiques de

FEUILLETON

CHRONIQUE

Le correspondant du *British medical Journal* à Berlin donne d'intéressants détails sur les médecins et chirurgiens qui assistent l'empereur d'Allemagne.

L'empereur mange des aliments solides avec grand plaisir. Le professeur Leyden tient beaucoup à lui faire prendre du sucre de raisin au lieu de sucre de canne, mais il conserve *in petto* la raison de cette préférence. La température est toujours prise dans la bouche avec un thermomètre dit « demi-minute » qui a été donné à sir Morell Mackenzie par un éminent chirurgien pendant son dernier voyage en Angleterre. L'instrument dont on se sert généralement en Allemagne est assez incommode, car il doit être maintenu en place une dizaine de minutes avant de donner une température exacte. Lorsque l'empereur revint à Berlin, le docteur Wegner, qui est dans ses idées ce que les Français appellent une *vieille perruque*, insista, bien que son auguste client en fût plutôt incommodé, pour qu'on se servit du thermomètre allemand ordinaire, au lieu du nouveau-venu, d'importation anglaise. Ce ne fut qu'après des essais répétés avec les deux instruments, l'un étant maintenu dans la bouche pendant une demi-minute et l'autre dans l'aisselle pendant dix minutes, et après avoir trouvé qu'ils donnaient invariablement la même température, que M. Wegner voulut bien céder sur ce point. Tous les

©BIU Santé

M. Bazy. Ces recherches ont donné lieu à une conclusion nouvelle et importante, à savoir : que, pour affirmer qu'un microbe a été tué par un antiseptique, il ne suffit pas d'établir que ce microbe n'est pas capable de revivre quand on le transporte dans un milieu de culture inerte; il faut, de plus, qu'il cesse d'être capable de se développer dans un milieu animal vivant.

L'origine de la lèpre, malgré la découverte de son microbe, est encore très obscure; aussi M. Le Roy de Méricourt a-t-il cru devoir porter de nouveau la question à la tribune de l'Académie de médecine. Partisan convaincu de la non-contagiosité de cette maladie, M. de Méricourt cite les opinions d'un grand nombre d'auteurs favorables à la sienne. Il fait remarquer avec raison que des trois maladies que l'on a assimilées l'une à l'autre, à cause de leur transmissibilité au moyen d'un micro-organisme, la syphilis, la lèpre et la tuberculose, c'est celle dans laquelle on n'a pas encore montré l'existence du microbe, la syphilis, qui est la plus inoculable; mais de ce qu'on ne connaît pas encore les mœurs d'un microbe, cela ne prouve pas qu'il n'est pas pathogène, et M. Le Roy de Méricourt ne devrait pas s'appuyer sur ce microbe, si peu connu biologiquement, pour considérer la doctrine du microbisme latent comme du romantisme médical. Assez d'exemples, tirés de notre pathologie française, ont démontré que cette doctrine pouvait expliquer bien des faits de contagion pour qu'elle ne puisse pas être mise en doute par des faits tirés d'une affection qui, heureusement, n'est plus qu'exotique.

La méco-narcéine, à peine née, rencontre un adversaire acharné dans M. Constantin Paul, qui lui reproche de ne pouvoir être fabriquée que par un procédé très compliqué, de n'exister qu'en très petite quantité, de coûter très cher, d'être mal définie, et d'être un produit inerte, destiné à rester une curiosité de laboratoire. Ces défauts, d'après M. Laborde, n'existeraient pas : la méco-narcéine est facile à préparer d'après le procédé de M. Duquesnel; c'est le meilleur des produits opiacés; elle agit; elle a été essayée en clinique avec profit et ne doit pas être confondue avec ces

---

médecins sont cependant unanimes, maintenant, à approuver le thermomètre « short time », le seul qu'on emploie depuis lors pour prendre la température de l'empereur.

On sait qu'après une tension prolongée entre les conseillers médicaux de l'empereur, vint une crise qui, à propos de canule, se termina par la retraite du professeur von Bergmann. Celui-ci fut remplacé par le professeur Bardeleben, chirurgien en chef de l'hôpital de la Charité, et dont le nom est beaucoup plus connu en Angleterre que celui de Bergmann. Bardeleben, qui est bien plus âgé que son collègue, est un homme de grand jugement et de grande expérience, et on a même été quelque peu supris que son avis n'ait pas été demandé plus tôt. A la période où en est maintenant le mal, le changement de chirurgien n'a plus que peu d'importance pratique. Cet événement a fait grande sensation à Berlin non seulement dans les cercles médicaux, mais aussi dans le public en général. Il n'est pas probable cependant qu'on ait beaucoup de sympathie en Angleterre pour le professeur von Bergmann qui, bien qu'il ait pu avoir des motifs de plainte contre le docteur Mackenzie, s'est, dans ce cas particulier au moins, mis lui-même dehors par l'attitude aggressive qu'il avait prise, sans provocation spéciale apparente de la part de son collègue anglais. Je ne veux pas dire qu'il soit personnellement responsable des scandaleuses attaques contre les docteurs Mackenzie et Howell, qui parurent dans certaines feuilles ultra-patriotiques allemandes, mais, s'il ne les a pas inspirées, il ne les a non plus jamais désavouées, que je sache. Considérant que ces attaques ne concernent pas des opinions, mais des faits bien nets dont le professeur

remèdes nouveaux, très souvent mort-nés, avec lesquels M. Paul voudrait la ranger. — L.-H. P.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Des pseudo-anémiques (2e groupe).

LES ÉPUISÉS.

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

L'épuisement porte sur le système musculaire ou nerveux, ou sécrétoire Pour ces divers genres de pseudo-anémiques ou épuisés, nous proposons les noms de fatigués, énervés et désalbuminés.

DES FATIGUÉS.

Parmi les épuisements, dont l'origine peut être musculaire, nerveuse ou sécrétoire, c'est la *fatigue musculaire* que je choisirai aujourd'hui pour sujet d'étude; je pense vous montrer, en analysant leur mode d'action, comment les excès d'exercice, de marche, etc., doivent avoir sur l'organisme un effet d'autant plus nocif qu'il se trouvera mieux secondé par une composition vicieuse de l'alimentation, ou par une instabilité de l'équilibre constitutionnel résultant soit de l'imperfection de la restauration (comme chez les vieillards), soit des exigences particulièrement urgentes de la nutrition (comme dans les périodes de croissance ou de convalescence). Vous verrez aussi, en étudiant leur pathogénie, que les troubles issus de la fatigue musculaire diffèrent essentiellement des anémies vraies et de la chlorose. Mais il vous faut, pour cela, examiner d'abord la constitution du muscle, puis sa manière de vivre et son fonctionnement.

On trouve dans un muscle trois séries de substances. La première série, qui comprend les matières *azotées*, fournit par la coagulation : d'abord

---

Bergmann connaissait l'exactitude ou la fausseté, ce silence de la part du distingué chirurgien ne peut être interprété que comme une approbation des accusations portées contre ses collègues anglais. Bien que les faits allégués aient été absolument niés de la manière la plus publique par les personnes accusées, le professeur von Bergmann n'a pas le droit de s'abriter derrière un soi-disant code de moralité professionnelle ni de se refuser à relever le défi qui lui a été ouvertement proposé.

De plus, il y a quelque raison de soupçonner que cette courageuse (vous voyez l'ironie) résolution du professeur Bergmann aurait été annoncée précisément vers cette époque. Il ne parut pas aussi scrupuleux quelques semaines auparavant, lorsque, à la fête donnée en l'honneur de la mémoire de Langenbeck, il se livra contre sir Morell Mackenzie, dans son discours, à des attaques à mots couverts qui reçurent la plus complète approbation de l'assistance. Je suis arrivé aussi à savoir que M. Bergmann, qu'il ait ou non *inspiré* la presse, a été autrefois longtemps en communication avec le correspondant berlinois d'un important journal anglais, dont « l'amitié candide » pour le spécialiste anglais sautait aux yeux du lecteur le moins au courant de la question.

Il y eut probablement des fautes commises de chaque côté, mais, dit en terminant le correspondant du *British medical Journal*, lorsque toute cette misérable affaire viendra devant le monde médical, comme cela ne peut manquer un de ces jours, je pense qu'on verra que sir Morell Mackenzie a été provoqué de tant de manières qu'après tout il restera peut-être, comme lord Clive, « étonné de sa propre modération ».

©BIU Santé

une masse floconneuse, la myosine, qui est semblable à la fibrine, et qui, traitée par l'acide chlorhydrique dilué, donne l'ancien plasma musculaire de Liebig, désigné communément sous le nom de syntonine; puis, un sérum qui surnage et qui contient la musculine, précipitable à 42°, la caséine et une albumine analogue à la sérine du sang; enfin, la partie du muscle qui ne fournit pas de suc renferme des principes insolubles dans les solutions de sel marin, et notamment la nucléine. — Outre ces substances albuminoïdes, cette première série de principes musculaires comprend, d'une part, l'*hémoglobine* qui se trouve en abondance même dans les muscles dépouillés de sang et qui est indispensable à leur vie, et, d'autre part, un groupe de matières azotées, telles que la créatine et la créatinine, puis la xanthine et l'hypoxanthine, faisant partie de la série urique et représentant, en proportions variables, les divers produits de dédoublements intermédiaires entre les albuminoïdes et l'urée, qui est enfin là le dernier terme de leur décomposition et qui est assez peu abondante dans le muscle pour y être encore mise en doute par plusieurs physiologistes.

La seconde série, composée de *substances non azotées,* comprend en particulier le glycogène, qui se transforme en dextrine et en glycose avec une extrême facilité, puis l'inosite, qui est indépendante des matières grasses fournies par le tissu cellulaire plutôt que par la fibre même du muscle.

La troisième série enfin se compose de *sels minéraux* qui comprennent environ 90 p. 100 de phosphate de potasse et de chlorure de potassium, et 10 p. 100 seulement de sels divers de calcium, de sodium, de fer et de magnésium. La potasse prédominant en proportion analogue dans les cendres des hématies, il en résulte que, loin d'être à redouter, l'ingestion de ces sels est indispensable à la restauration organique.

Examinons maintenant les phénomènes qui se produisent lors des contractions musculaires. C'est d'abord l'*acescence* du muscle, rattachée, suivant les divers auteurs, à la formation de l'acide lactique ou de l'acide paralactique, ou du phosphate acide de soude ou bien de l'acide carbonique. C'est ensuite la *diminution du glycogène,* dont la disparition paraît liée

* * *

Va-t-on prendre enfin un parti au sujet des lapins qui ravagent l'Australie?

L'*Australasian medical Gazette* nous apprend que le ministre de l'agriculture de la Nouvelle Galles du Sud, dans le département duquel les affaires relatives aux lapins dévorants ont été récemment placées, s'est mis en communication avec les gouvernements des autres colonies, en leur demandant de vouloir bien collaborer avec la colonie mère pour nommer une commission chargée de prendre un parti à cet égard. Mais il est très douteux qu'on puisse constituer une commission capable d'inspirer le respect général, parce que l'enquête exigerait beaucoup de voyages pour faire des recherches sur place et, par suite, une dépense considérable de temps. Notre confrère émet l'idée qu'une commission beaucoup plus efficace serait constituée si on la composait d'un pathologiste humain recommandé par le Conseil du Collège royal des médecins de Londres, d'un chirurgien vétérinaire nommé par le bureau du Collège royal vétérinaire de Londres, d'un élève de Pasteur, et d'un élève de Virchow et Koch.

Mais aucune décision n'a encore été prise à cet égard.

* * *

A propos de l'accusation portée contre le personnel de l'hôpital des Enfants-Malades, le *Progrès médical* nous donne les renseignements suivants :

« Le juge d'instruction chargé de l'enquête relative au soi-disant scandale des Enfants-

également à la production de l'acide lactique ou de l'acide carbonique, et dont la fermentation est d'ailleurs si instantanée après la mort qu'on ne peut effectuer un dosage exact du glycogène intra-musculaire. C'est enfin la *respiration musculaire* dans laquelle l'hémoglobine intra-fibrillaire joue sans doute un rôle essentiel qui est en connexion aussi avec les deux phénomènes précédents, sans que l'on constate néanmoins entre la quantité d'O absorbée et la production de CO^2 un rapport inverse absolu ou constant. Cl. Bernard a montré, en effet, que la contraction d'un muscle ou sa tétanisation augmente considérablement sa production de CO^2 sans accroître dans une mesure comparable la proportion de l'O absorbé. Sczelkow a trouvé les chiffres de 9,31, de 8,21 et de 3,31 pour l'oxygène du sang pénétrant dans un muscle au repos, puis du sang sortant de ce même muscle inactif, et enfin du sang sortant de ce muscle en activité, tandis qu'il a noté pour l'acide carbonique les chiffres correspondants de 0, puis de 2,01 et enfin de 3,21. Inversement, la section du nerf moteur ou la paralysie provoquée par le chloroforme ou le curare ont diminué la production de l'acide carbonique environ dans la proportion de 14,5 à 10. — Enfin, Minot, d'autre part, a constaté la production d'acide carbonique dans un muscle qu'il faisait traverser par un sérum dénué d'oxygène. De ces expériences, il résulte que la fonction chimique du muscle est indépendante de sa respiration.

Quant à la production de l'*urée*, qui permet de mesurer l'usure des tissus, elle constitue un des points les plus importants de notre étude. En faisant des albuminoïdes une classe particulière de substances qu'il oppose, sous le nom de plastiques, aux aliments respiratoires ou calorigènes, Liebig a sanctionné de son autorité une erreur au point de vue de la physiologie. Cette division conduirait à admettre, en effet, que le travail d'un muscle doit accroître sa consommation de matières azotées sans augmenter sensiblement sa production d'acide carbonique, ce qui est contraire à l'observation; en second lieu, si le muscle s'usait réellement par le travail, on devrait retrouver normalement dans l'urine, après l'exercice musculaire,

---

Assistés, si pompeusement révélé par le *Soleil*, vient de rendre une ordonnance de non lieu pour cette affaire. Nous sommes heureux de ce témoignage public rendu à la dignité du corps de l'internat faussement accusé et à l'honnêteté des surveillantes laïques de nos hôpitaux. »

* * *

Le professeur Esmarch (de Kiel) a recherché, au moyen d'un procédé ingénieux, à évaluer la quantité de microbes qui couvrent les murs. En lavant une surface limitée de la paroi d'une chambre d'appartement avec une petite éponge humide et stérilisée, et en ensemençant de la gélatine de culture avec cette éponge, il a obtenu des résultats qui varieraient de 17 à 6,391 colonies par 25 centimètres carrés, suivant la nature de la paroi (papier, peinture à l'huile, carreaux vernis) et la nature des locaux (chambre à coucher, salle d'hôpital, etc.). La partie supérieure du plafond est, selon cet observateur, moins riche en bactéries que les 2 mètres inférieurs.

En employant un procédé qui détruit les bacilles et laisse vivre les spores, — procédé qui consiste à exposer les cultures à une température de 70° pendant cinq minutes, — M. Esmarch a constaté que, dans les appartements, il y a une spore pour 44 germes, et que parfois même il n'y a pas de spores.

La projection de vapeur bouillante sur les murs ne diminuerait pas beaucoup le nombre de germes. La pulvérisation de la solution de sublimé à 1 p. 1000, et d'acide phénique à 2 ou 5 p. 100, ne donnerait pas non plus une désinfection absolument com-

©BIU Santé

un excès d'urée représentant l'usure des tissus et le surcroît de consommation des albuminates plastiques ingérés. Eh bien! Voit et Pettenkoffer constatent que, sous l'influence du travail musculaire, l'urée s'élève seulement de 12,6 à 12,7. D'autre part, Fick et Viliscenus, en faisant l'ascension du Faulhorn, qui exige un travail de 148,000 kilogrammètres, n'ont perdu que 37 grammes d'urée, qui, d'après les calculs calorimétriques, correspondraient à un travail de 106 kilogrammètres tout au plus! Parkes a supposé, pour réfuter ces expériences, que l'urée produite par le travail musculaire séjournait dans les tissus et n'était éliminée avec l'urine qu'au bout d'un temps assez long : mais il vous suffira de faire un repas copieux avec excès de substances albuminoïdes, de doser votre urée pour en constater l'augmentation presque immédiate. Ritter, de son côté, a trouvé que le chiffre de l'azote excrétée dans ses urines s'élevait (de 17 gr. 89 au repos) à 20 grammes sous l'influence de la marche; c'est là une différence insignifiante.

Le fait fondamental à retenir, c'est que *le corps ne s'use pas en produisant de l'urée sous l'influence de l'exercice, à moins d'un travail ultraphysiologique;* dans ce dernier cas, l'élimininination de l'urée dépendra de la provision de substances azotées emmagasinée dans les tissus. Non seulement, en effet, Hammond a constaté que l'excrétion de l'urée peut monter de 25 grammes à 45 grammes après une fatigue; non seulement les vétérinaires ont noté, pour les chevaux, une élimination d'urée qui, de 98,8 après un travail de 500 kilogrammètres, s'élève à 116 après un travail de 1,500 kilogrammètres, — mais encore, d'après Flint, à la suite d'une fatigue musculaire prolongée la quantité absolue d'azote éliminée dépasse celle qu'on peut acquérir par l'ingestion d'abuminoïdes dans un temps correspondant.

Ainsi donc, en résumé, le *travail maintenu dans les limites physiologiques n'use pas le muscle* et n'accroit pas sensiblement la production de l'urée; c'est seulement lorsqu'il est poussé jusqu'à la *fatigue*, que l'exercice use le tissu musculaire en détruisant les substances albuminoïdes contenues dans ses

---

plète; mais celle-ci serait parfaite si on recommençait l'opération au bout de vingt-quatre heures.

M. Esmarch aurait obtenu un résultat plus sûr et plus complet en frottant les murs avec de la *mie de pain frais*; une seule opération pourrait suffire alors, dans certains cas (3 sur 12) pour enlever tous les germes vivants; mais il faudrait avoir bien soin d'enlever les débris de mie de pain tombés à terre et qui ont englobé une certaine partie des germes.

C'est là précisément, dit la *Revue scientifique*, le point difficile et qui nous fait mettre un grand point d'interrogation sur la valeur de ce procédé aussi ingénieux qu'économique et qui mérite cependant d'être l'objet de nouvelles recherches.

SIMPLISSIME.

POMMADE POUR LES PANSEMENTS ANTISEPTIQUES.

Iodoforme.....	2 gr. 50 centigr.
Essence d'eucalyptus.....	20 grammes.
Paraffine.....	50 —
Vaseline.....	50 —

Mêlez, pour pansements antiseptiques des plaies et des ulcères. — N. G.

---

fibres, et l'usure est plus rapide alors que ne peut l'être la réparation à l'aide des albuminoïdes alimentaires; enfin toutes les fonctions du muscle produisent de l'acide carbonique.

En conséquence, lorsqu'on veut fournir le *travail maximum* sans dépasser les limites physiologiques, il faut se lester d'aliments judicieusement proportionnés; c'est dire que l'ouvrier, le soldat, doivent avoir une nourriture composée d'une forte dose d'aliments hydrocarbonés et gras, additionnés d'une quantité relativement faible d'albuminoïdes, et je ferai remarquer, à ce sujet, qu'on ne peut qu'approuver le régime habituel des marins, auxquels on donne toujours une ration suffisante de lard, de lentilles, de haricots ou de pommes de terre, représentant les substances hydrocarbonées aptes à fournir à la fibre musculaire des travailleurs les éléments nécessaires à sa production de CO_2.

Mais vous devez vous rappeler aussi que l'alimentation la mieux combinée ne saurait prévenir ni même réparer, au fur et à mesure de son usure, la destruction du tissu musculaire, qui caractérise la fatigue résultant de l'exercice poussé au delà de ses limites physiologiques. — Parmi les muscles affectés par le surmenage, surtout quand leur restauration est mal assurée par une alimentation défectueuse, le cœur est le plus important dans ses défaillances. En même temps qu'elle augmente la quantité des principes solubles dans l'alcool et qu'elle diminue la proportion des extraits aqueux, la tétanisation ou la fatigue d'un muscle accroît sa production d'acide carbonique, lactique ou paralactique : or (contrairement à l'injection des solutions diluées de soude, de sel ou de peptone qui raniment le fonctionnement du muscle fatigué), l'injection de l'acide carbonique et de l'acide lactique ou des carbonates et des lactates favorise l'effet de l'épuisement musculaire. Par suite, une circulation languissante exerce une influence doublement fâcheuse, puisque le tissu musculaire se débarrasse moins rapidement des agents nocifs par son épuisement même, et puisque l'apport des éléments restaurateurs de muscle est en même temps ralenti. Tel est, en réalité, le processus morbide du cœur qu'on observe fréquemment chez les forgerons et chez les soldats, et qu'on désigne souvent sous la dénomination de « wheakened heart », sans se rendre compte assez nettement de sa pathogénie et sans se douter que cette pseudo-anémie des fatigués aurait pu être évitée si, en exigeant d'eux le maximum de travail physiologique, on avait mis à profit l'intégrité de tous les éléments qui composent leur sang pour lui faire charrier dans les muscles les principes alimentaires judicieusement proportionnés d'une nourriture mixte et suffisamment abondante.

BIBLIOTHÈQUE

LES NOUVELLES INSTITUTIONS DE BIENFAISANCE, par le docteur A. FOVILLE. — Paris, J.-B. Baillière, 1888. Un vol. de la Bibliothèque scientifique contemporaine.

L'ouvrage est surtout consacré à l'étude des dispensaires pour enfants malades. L'auteur prend naturellement comme base celui que le docteur Gibert a fondé au Havre à ses risques et périls, et qui a si bien réussi. On sait qu'il existe des établissements du même genre à Rouen, Clermont-Ferrand, et surtout Paris, où le plus connu a été fondé par Mme Furtado-Heine. Il est évident que toute grande ville devrait être pourvue d'un dispensaire pour enfants, car on assure ainsi à ces petits êtres des soins suffisants,

©BIU Santé

tout en évitant l'hospitalisation impossible à cause du nombre de ceux qui se présentent. Dix plans enrichissent ce travail intéressant, qui se termine par une étude sur l'hospice rural d'après le projet de M. Du Mesnil. — P. C.

LE MONDE DES RÊVES, par P. Max SIMON. — Paris, J.-B. Baillière, 1888. Un vol. de la Bibliothèque scientifique contemporaine.

Une des lois principales du rêve est celle-ci : l'état d'activité, d'excitation, de souffrance même, pendant le sommeil, d'un appareil servant à l'exercice d'une fonction organique, sera fréquemment accompagné d'images mentales ayant trait à l'exercice de cette fonction. Se basant sur cette loi, l'auteur étudie les rêves suscités par les affections organiques du cœur, par celles de l'appareil respiratoire ou des organes génito-urinaires, etc.

Viennent ensuite des chapitres sur les hallucinations visuelles, auditives, de la sensibilité, de l'odorat et du goût. L'hallucination physiologique est admise par M. Max Simon, qui en donne des exemples contemporains.

Citons encore les pages sur le somnambulisme et la vision somnambulique, l'extase, l'hypnotisme et les paradis artificiels dus à l'opium, au haschisch, à l'alcool. On y trouvera reproduites les pages saisissantes de de Quincey sur les tortures de l'opium.

Une étude sur le rugle, ou hallucination du désert, complète ce volume fort intéressant dont la première édition a déjà eu beaucoup de succès. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

La fièvre et son traitement. — On sait que le professeur Liebersmeister (de Tubingen) s'est, depuis seize années, consacré à l'étude de la fièvre et de son traitement ; on connaît ses théories et ses recherches à ce sujet publiées en 1875 et 1887 (1).

Mais ces travaux sont critiqués par plusieurs auteurs. Le plus important de ces contradicteurs est le professeur Unverricht, directeur de la Polyclinique d'Iéna. C'est à cet adversaire que répond Liebermeister dans un fort intéressant article de la *Deutsche med. Wochenschrift* (1888, n° 1) dont voici le résumé.

Les arguments de mon contradicteur, dit le professeur de Tubingen, se réduisent à ces trois points principaux :

1° Les bains froids n'ont aucune action antipyrétique ; ils n'abaissent pas la température fébrile élevée.

2° Les médicaments antipyrétiques ont une certaine action. Mais ils ne sont d'aucune utilité pour les malades, ils sont plutôt nuisibles.

3° La température élevée de la fièvre n'est pas nuisible aux malades ; elle est au contraire utile en ce qu'elle les aide à résister à la maladie.

I. Liebermeister est au contraire d'avis que les bains froids produisent chez les fébricitants un abaissement de température. Ils doivent, bien entendu, être donnés suivant certaines règles à certaines heures et la température doit être prise, non immédiatement après le bain, mais deux heures plus tard. Avec ces précautions, la moyenne d'abaissement thermique oscille entre 0°,43 et 0°,54 pour des bains froids à 17° Réaumur et d'une durée de dix minutes.

II. Quant au deuxième point, l'auteur allemand est d'accord avec son contradicteur, si les antipyrétiques sont administrés légèrement ou sans indication précise. Il rappelle à ce propos ce qu'il écrivait l'année dernière dans son livre cité plus haut. « Dans ces derniers temps, le nombre des médicaments antipyrétiques s'est fort accru et on ne peut jusqu'ici affirmer en toute certitude que l'introduction de ces remèdes dans la thérapeutique soit un progrès. Le point capital est de les administrer à propos et suivant les indications. Tous les médecins qui se sont tenus au courant de la science ont acquis cette

(1) *Handbuch der Pathologie und Therapie des Fiebers*, Leipzig 1875, et *Vorlesungen über specielle Pathologie und Therapie*, Band III, Leipzig 1887.

conviction que, dans beaucoup de maladies fébriles, un traitement antipyrétique rationnel donne de meilleurs résultats que l'expectation. Mais il y a des médecins qui traitent légèrement ces méthodes et ces médications. Il n'ont d'autre but que l'ordonnance à formuler et prescrivent les antipyrétiques, alors qu'ils sont inutiles. Il ne faut pas perdre de vue, en effet, que ces médicaments, à coté de l'action antithermique qu'ils exercent, produisent aussi des troubles dans les fonctions et sont en somme de violents poisons.

Ces poisons, il faut savoir les donner à propos et à doses convenables ».

III. Pour ce qui est du dernier argument, Liebermeister fait remarquer qu'il a été l'un des premiers, en 1875, à mettre en relief l'importance de la fièvre dans la lutte de l'organisme contre l'agent infectieux. Mais le professeur Unverricht soutient cette thèse en général, tandis que l'auteur allemand n'admet l'action dépuratrice de la fièvre que dans certains cas particuliers et cherche à en étudier la valeur thérapeutique.

Il en va de la fièvre comme de la douleur qui, elle aussi, peut, à un certain point de vue, être considérée comme tutélaire. Mais aucun médecin n'oserait soutenir que la douleur est toujours utile et ne doit jamais être combattue.

Unverricht, pour soutenir l'indifférence du corps humain aux températures élevées, s'appuie sur les expériences de Raunyn qui put maintenir pendant plusieurs semaines consécutives des lapins à une température de 41°,5 avec de fréquentes ascensions jusqu'à 43°.

L'auteur qui prétend qu'on ne peut conclure dans ces cas, du lapin à l'homme, conseille à son adversaire d'expérimenter sur lui-même l'augmentation artificielle de température produite par un bain russe. Tandis qu'on peut sans trop de difficultés supporter une température de 40°, une température de 42° devient absolument insupportable.

Bref, Liebermeister maintient aujourd'hui les conclusions qu'il a formulées, en 1884, au Congrès de Copenhague :

1° Dans un grand nombre de maladies fébriles, l'augmentation de la température est un danger pour le malade.

2° Il est, dans ces cas, du devoir du médecin de combattre cette élévation thermique par des moyens appropriés.

3° La base du traitement antipyrétique consiste dans la soustraction directe du calorique par les bains froids.

4° Dans certains cas l'usage des médicaments antipyrétiques peut être utile.

Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 14 mai 1888.

De la dilatation de l'estomac dans ses rapports avec les affections chirurgicales, par M. Bazy. — La dilatation de l'estomac peut coïncider avec certains états pathologiques antérieurs ou postérieurs à l'intervention chirurgicale. Certains faits paraissent démontrer qu'il y a parfois plus qu'une coïncidence, c'est-à-dire une relation. Cette conception, au demeurant, ne serait pas moins acceptable que celle qui établit des relations entre certaines lésions chirurgicales et le diabète, le paludisme, les affections des reins et du foie.

La dilatation de l'estomac crée un milieu favorable à la culture des micro-organismes infectieux. Elle paraît à M. Bazy être une condition de malignité pour certaines maladies et doit être recherchée dans tous les cas où l'on observe des phénomènes septicémiques. Elle intéresse le chirurgien au même titre que le médecin ; elle doit être recherchée toutes les fois que l'on est appelé à pratiquer une opération chirurgicale et il est nécessaire qu'elle soit traitée préalablement, afin de se placer dans les meilleures conditions possibles, à moins que l'opération n'ait un caractère absolu d'urgence.

Dans tous les cas, une coïncidence semblable devra éveiller l'attention du chirurgien et le mettre en garde contre l'éventualité d'accidents plus ou moins graves ; de plus,

©BIU Santé

elle impose au chirurgien la nécessité de faire en même temps l'antisepsie gastro-intestinale.

Découverte d'eaux minérales sulfureuses au centre de Paris. — M. Stanislas Meunier croit devoir signaler à l'Académie la présence dans l'île Saint-Louis d'eaux très sulfureuses ; trois niveaux ont été reconnus vers 11, 12 et 13 mètres de profondeur ; le dernier est le moins riche ; le premier offre sensiblement la composition de l'eau de Belleville.

L'origine de la sulfuration s'explique par la présence simultanée dans le sol de débris végétaux et de fragments gypseux. Les sources, qui ont été trouvées en établissant les fondations d'une ambulance, paraissent susceptibles d'applications médicales.

Nouvelles recherches sur les propriétés antiseptiques des naphtols α et β, par M. J. Maximowitch. — « Dans des notes précédentes, nous avons déterminé, M. Bouchard et moi, les propriétés antiseptiques des naphthols β et α et nous avons étudié leur toxicité dans diverses conditions expérimentales.

Continuant, au laboratoire de M. le professeur Bouchard, les études que j'avais entreprises sur ce sujet, j'ai tâché de déterminer quelles sont les doses de ces deux substances qui sont capables de tuer les microbes. Autrement dit, j'ai recherché quelle était la quantité d'antiseptique qu'il fallait ajouter à divers milieux nutritifs pour que les germes qu'on y aurait placés pendant un certain temps fussent privés de la possibilité de se développer lorsqu'on les reportait dans les milieux de culture habituels.

Mes expériences ont porté sur les microbes de la morve, de la mammite des brebis, du choléra des poules, du charbon bactéridien, du microcoque de la pneumonie, de deux organismes de la suppuration : le *staphylococcus albus* et le *staphylococcus aureus*, sur le microbe du clou de Biskra, sur les bacilles de la fièvre typhoïde, de la diphthérie des pigeons, de la tuberculose, le bacille pyocyanique, sur un bacille vert fluorescent et enfin sur les organismes de la matière fécale humaine. Elles m'ont permis de constater que ces différents microbes sont incapables de revivre dans un milieu pur, lorsqu'on les a laissés séjourner pendant trois ou quatre jours dans des bouillons ordinaires contenant 0 gr. 1 de naphtol α par litre, ou 0 gr. 4 de naphtol β. Aux doses de 0 gr. 15 de naphtol α et de 0 gr. 45 de naphtol β, il faut 24 heures de séjour seulement, et il suffit de 15 à 20 minutes si l'on met de 0 gr. 2 à 0 gr. 3 de α et de 0 gr. 5 à 0 gr. 6 de β.

Il semble que l'on serait en droit de supposer que si les bouillons contenant 0 gr. 3 de naphthol α et 0 gr. 6 de naphtol β pour 1,000 tuent les microbes pathogènes et leurs spores au bout de 15 à 20 minutes, ces mêmes bouillons naphtolés contenant les microbes doivent, lorsqu'on les injecte, rester sans action sur l'organisme, cependant il n'en est rien. En effet, l'expérience montre qu'il faut cinq à six jours pour rendre inoffensifs pour l'organisme les bouillons ensemencés avec 5 à 10 gouttes d'une culture du charbon, quand ces bouillons contiennent 0 gr. 3 de naphtol α et 0 gr. 6 de naphtol β pour 1,000. Dans l'espace de 15 à 20 minutes, les mêmes quantités des mêmes cultures sont tuées avec 2 grammes de naphtol α et 5 grammes de naphtol β pour 1,000.

Injectées sous la peau ou dans les veines des animaux, ces cultures naphtolées sont inoffensives. Le bacille pyocyanique, dont la culture injectée dans la veine marginale de l'oreille à la dose de 3 à 4 centimètres cubes tue les lapins en 20 heures, devient inoffensif au bout de 15 à 20 minutes, quand on ajouté le naphtol α dans la proportion de 1 gr. 6 à 1 gr. 7 et le naphtol β dans la proportion de 3 grammes pour 1000.

Les lapins, à qui j'injectais les cultures des bacilles charbonneux et pyocyaniques, rendues inoffensives par les naphtols ou par le sublimé, ne deviennent pas réfractaires. Après un laps de temps variant de deux à quatre semaines, l'injection de cultures virulentes normales tue ces lapins, mais deux ou trois jours plus tard que les lapins témoins.

Indépendamment des données relatives aux pouvoirs antiseptiques des deux naphtols, ces expériences prouvent que, pour affirmer, ainsi qu'on le fait généralement, qu'un microbe a été tué par un antiseptique, il ne suffit pas d'établir que ce microbe n'est pas capable de revivre quand on le transporte dans un milieu de culture inerte, il faut, de plus, qu'il cesse d'être capable de se développer dans le milieu animal vivant.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 11 mai 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Diphthéries graves à marche rapide et insolite. — Aortite guérie par l'iodure de potassium; syndrome de Basedow (sans goître) attribué à l'usage de ce médicament.*

M. Féréol est consulté le 6 avril pour une femme d'une cinquantaine d'années qui avait été prise, l'avant-veille au soir, de frissons, malaise et mal de gorge; elle présentait seulement un peu de rougeur du pilier antérieur droit et une petite plaque grisâtre sur l'amygdale qui n'était pas tuméfiée. M. Féréol crut pouvoir porter un pronostic bénin.

Le lendemain, la malade était aphone, il existait un peu d'engorgement ganglionnaire et l'état général était mauvais, la fièvre plus intense. M. Ruault constatait au laryngoscope la présence d'une fausse membrane dans le larynx. La malade éprouvait une vive douleur à la base du cou. Pulvérisations phéniquées. Potion au chlorate de potasse.

Le 8 avril, la respiration était embarrassée, la malade toussait, on entendait des râles sibilants dans les bronches, du souffle bronchique, mais pas de souffle tubaire. Il existait une douleur rétro-sternale. Pas d'albuminurie; mais glycosurie notable. Abattement extrême.

Le 9, la douleur derrière le sternum n'existe plus, mais on constate des points très douloureux au niveau de la base du thorax.

La malade succombe dans le coma le 10 au matin, c'est-à-dire quatre jours après le début.

M. Féréol n'a pas fait l'autopsie, mais croit pouvoir admettre, d'après la marche clinique, que la propagation de la diphthérie s'est faite de l'amygdale au larynx, à la trachée et aux bonches successivement, sans que le parenchyme pulmonaire ait été touché, puisqu'il n'y a pas eu de souffle tubaire. Il insiste sur la rapidité extrême de cette marche que la glycosurie antérieure de la malade a dû favoriser.

Il rapproche de la précédente observation celle d'un homme qui avait subi l'énucléation d'un œil et chez lequel survint une amygdalite en apparence légère. Il succombait vers le cinquième ou sixième jour d'une broncho-pneumonie dont la nature diphthéritique était attestée par le rejet d'abondantes fausses membranes, et la propagation de l'exsudat au larynx ne parut se faire qu'après l'envahissement des bronches; car l'aphonie ne survint que vers la fin de la maladie.

M. Rendu pense que, dans le premier cas de M. Féréol, la broncho-pneumonie infectieuse à laquelle a succombé la malade pouvait très bien ne pas s'accompagner de fausses membranes dans les bronches. Il a lui-même observé une jeune fille qui, après avoir eu une angine pseudo-membraneuse, succomba rapidement à des accidents laryngés et broncho-pulmonaires, sans avoir jamais expectoré de fausses-membranes.

M. Cadet de Gassicourt ne connaît pas de signe qui permette de diagnostiquer la nature pseudo-membraneuse d'une bronchite en l'absence d'expectoration de fausses membranes. Il observe en ce moment une petite fille chez laquelle la marche des accidents a été ascendante, en ce sens qu'au cours d'une angine diphthéritique bénigne, elle a été prise d'une broncho-pneumonie gauche ; ultérieurement, le croup s'est développé et des fausses membranes ont été rejetées par le nez.

— M. Rendu relate l'observation d'une femme de 28 ans, fille d'un père goutteux, d'une mère arthritique et nerveuse. A 18 ans, elle est atteinte d'une chlorose à la suite de chagrins. Mariée depuis, elle a eu deux enfants et se portait bien, sauf des retours de chlorose à chaque printemps facilement amendés par le traitement.

Au printemps de 1887, cette dame accuse, outre de l'essoufflement et des palpitations, des douleurs précordiales s'irradiant vers l'épaule gauche. M. Rendu constate à la base de la région cardiaque un double bruit de souffle, sans battements des artères. Les accès angineux se répétant plusieurs jours de suite, on applique un vésicatoire et on prescrit 2 grammes d'iodure de potassium par jour; l'usage de ce médicament fut continué

©BIU Santé

régulièrement pendant deux mois. La respiration redevint facile; les souffles cardiaques disparurent, l'aortite avait donc guéri, et il y avait lieu de se féliciter de ce résultat lorsqu'on constata, au fur et à mesure que l'aortite disparaissait, divers symptômes nerveux : céphalées, sensations de chaleur pendant l'hiver, insomnie, irascibilité insolite, besoin incessant d'activité; maintenant, il s'y est joint de l'exophthalmie, une augmentation de la fréquence des battements du cœur, une exagération de la tension artérielle; en somme, le tableau classique de la maladie de Basedow, sauf le gonflement de la glande thyroïde.

M. Rendu conclut de cette observation : 1° que l'iodure de potassium s'est affirmé une fois de plus comme efficace contre les affections aortiques; 2° mais qu'il doit être manié avec prudence; car le développement du syndrome de Basedow lui paraît, dans ce cas, imputable, dans une certaine mesure au moins, à l'iodure de potassium.

M. Féréol ne se déclare pas convaincu de l'influence de l'iodure sur l'apparition de la maladie de Basedow; cette jeune femme avait éprouvé de vifs chagrins, et on sait que les émotions et les contrariétés jouent souvent un rôle dans l'étiologie de cette maladie.

M. Rendu allègue que les chagrins remontent à dix ans, et que la malade n'avait plus donné depuis de signes de nervosisme, et que, d'autre part, les accidents de Basedow se sont manifestés progressivement au fur et à mesure de la continuation du traitement ioduré. — P. L. G.

COURRIER

— Les Ateliers de M. Alcan-Lévy étant fermés à l'occasion des Fêtes de la PENTECOTE, l'*Union médicale* ne paraîtra pas le Mardi 22 Mai.

Faculté de médecine de Paris. — MM. les candidats, ajournés avant le 10 juin 1888, sont informés : 1° que les épreuves pratiques seront renouvelées dans la dernière quinzaine de juin; 2° que les épreuves orales seront renouvelées : *a*) à partir du 15 juin, par les candidats ayant échoué avant le 15 mai; *b*) à partir du 1er juillet, par ceux qui ont échoué après le 15 mai et avant le 10 juin. — Les candidats ajournés avant le 15 mai consigneront jusqu'au 29 mai 1888 inclusivement, dernier délai; les candidats, ajournés après le 15 mai et avant le 10 juin, consigneront jusqu'au 12 juin 1888 inclusivement, dernier délai. Ils seront tenus de déclarer, en consignant, la date exacte de leur échec.

— M. le docteur Nicouleau, interne de l'Asile d'aliénés de Bordeaux, est nommé médecin adjoint de l'Asile d'aliénés de Saint-Yvon, et placé dans la deuxième classe de son grade (2,500 francs).

— Par décret, en date du 9 mai 1888, est nommée au grade de chevalier de la Légion d'honneur, pour prendre rang du 30 avril 1888 : Mme Eloy (Marie-Monique-Florence), sœur de Saint-Vincent-de-Paul, supérieure des sœurs attachées à l'Hôpital de la marine, à Rochefort. — Quarante-neuf ans quatre mois de service. A toujours fait preuve du plus grand dévouement depuis trente et un ans qu'elle occupe ce poste.

L'**ÉMULSION MARCHAIS** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Dyspepsies. — **Anorexie.** — Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Paul CHÉRON : Le traitement de la fièvre typhoïde à Lyon. — II. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — Société de chirurgie. — III. COURRIER. — IV. ANALYSE du Lait d'Arcy.

Le traitement de la fièvre typhoïde à Lyon.

I

Au moment où le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids vient de donner lieu, à la Société médicale des hôpitaux, à un certain nombre de communications intéressantes, il nous a paru utile de résumer la discussion qui a eu lieu sur ce sujet à la Société des sciences médicales de Lyon. Nos confrères lyonnais ont, en effet, passé en revue avec détails les indications et les effets de la méthode de Brand, et les statistiques qu'ils ont produites nous semblent prouver d'une façon irréfutable les bons résultats que l'on obtient avec ce traitement lorsque toutefois il est sérieusement appliqué. Ils ont étudié en même temps l'action de l'antipyrine et insisté, pour la grande majorité, sur les désavantages de cette substance.

La discussion a commencé par une communication de MM. Weill et Chabannes relative à un cas de fièvre typhoïde traitée par l'antipyrine et terminée par la mort. La terminaison fatale est survenue dans une rechute au milieu de phénomènes convulsifs, puis de coma, bien que la première atteinte eût été très bénigne. Cette observation a provoqué une réponse de M. Clément en faveur de l'antipyrine, réponse qui a amené sur la brèche tous les partisans des bains froids.

Les principaux arguments contre l'emploi de l'antipyrine dans la dothiénentérie ont été présentés par M. Bouveret. M. Clément a apporté une statistique comprenant 73 cas, et fournissant, après deux éliminations légitimes (pas de traitement; traitement tardif de quarante-huit heures), une mortalité de 8,45 p. 100. M. Bouveret en produit une de 53 cas, qui, étant retranchés 2 cas de mort (suicide en dehors de délire, erreur de diagnostic), ne donnent qu'une mortalité de 1,94 p. 100. En réalité, le nombre des observations est trop faible, mais les partisans de la méthode de Brand peuvent s'appuyer sur des chiffres considérables que nous aurons à citer tout à l'heure, tandis que ces chiffres manquent à ceux qui préconisent l'antipyrine. Du reste, un grand nombre d'autres causes vicient la statistique de M. Clément, et c'est ainsi, par exemple, qu'au début de sa pratique, il a donné l'antipyrine surtout dans les cas légers. Quant aux bains de Brand, beaucoup de médecins, même Lyonnais, les emploient plus particulièrement dans les cas graves.

L'antipyrine, il n'est que juste de le reconnaître, « combat la fièvre aussi bien, et même beaucoup mieux que la méthode des bains froids »; elle évite l'encombrement des baignoires. Que penser de la première raison, quand on se rappelle que l'une des principales objections faites à la méthode de Brand était que les bains ne combattent que l'hyperthermie, qui

©BIU Santé

n'est pas tout dans la fièvre typhoïde? Le médicament est encore bien plus passible de ce reproche, car c'est là sa seule action. Quand on veut suivre la pratique de M. Clément, on arrive à donner des doses très élevées d'antipyrine, car, prenant la température toutes les trois heures, il administre 1 gramme à 1 gr. 50 de médicament chaque fois qu'elle dépasse 39°. On peut arriver ainsi à 8, à 12 grammes en vingt-quatre heures, chiffres qui ont été dépassés à l'étranger, puisqu'un malade de Draper a pris 334 grammes en vingt-trois jours et a guéri!

Ce sont là de véritables abus thérapeutiques, et, dans une maladie comme la dothiénentérie, dans laquelle le rein est si souvent malade au moins quand on applique les traitements habituels (21 cas sur 65 typhiques, d'après Bouchard), il est absolument évident qu'il faut se défier de ces accumulations médicamenteuses dont le danger a fait récemment le sujet d'une leçon de Jaccoud; le professeur a, en effet, insisté sur le délire causé, dans la fièvre typhoïde, par l'emploi inconsidéré du sulfate de quinine ou du salicylate de soude.

Quelquefois la fièvre typhoïde, traitée par les moyens ordinaires, s'accompagne de phénomènes convulsifs graves avec coma, mais ce sont là des faits fort rares, tandis que plusieurs cas récents de dothiénentérie où l'antipyrine avait été employée à hautes doses se sont accompagnés de convulsions et de tremblements. Arduin a prouvé, dans sa thèse, cette influence de l'antipyrine. Du reste, M. Clément lui-même reconnaît que le médicament est dangereux chez les phthisiques même à doses modérées. Quand les bains seront refusés ou contre-indiqués, on pourra y recourir, mais alors il ne faudra pas dépasser des doses supportables pour l'organisme, et surtout ne pas chercher à avoir continuellement de l'apyrexie ou des abaissements considérables. Il faut se contenter, selon l'expression de Liebermeister, de transformer « une fièvre continue grave en une fièvre rémittente beaucoup moins redoutable ».

L'influence fâcheuse de l'antipyrine sur la sécrétion urinaire est reconnue par la plupart des observateurs, et a surtout été mise en lumière par MM. A. Robin (Acad. de méd., 7 décembre 1887), Pierret, Vinay, Bouveret, etc. Les bains froids augmentent la quantité des urines, et cela dès le début de leur administration. Malgré la fièvre, leur quantité dépasse deux litres par jour pour atteindre quelquefois six ou sept litres, quantités excessives peu à rechercher du reste, puisque, d'après Lépine, la proportion des matériaux solides diminuerait dans ces polyuries; elles sont fort rares, la moyenne de la diurèse étant de trois ou quatre litres par jour (*Bouveret*). Dans les formes moyennes traitées par les bains, la polyurie est rapide, elle est plus lente dans les formes graves surtout traitées tardivement; enfin, elle peut manquer chez les cardiaques, les athéromateux et les rénaux. Les premiers bains froids augmentent l'excrétion de l'urée (Vinay), mais bientôt la courbe s'abaisse en présentant tous les trois ou quatre jours une légère recrudescence; l'élimination des chlorures se modifie de la même façon. L'antipyrine réduit l'excrétion de l'urée et celle de l'azote total, et on peut en conclure avec M. Robin que cela indique une augmentation de l'azote incomplètement oxydé ou utilisé. Ces faits, maintenant au-dessus de toute contestation, ont acquis une grande importance depuis que Gaucher a obtenu des néphrites expérimentales par l'injection sous-cutanée de matières extractives.

M. Bard a insisté sur ce point que l'antipyrine abaisse certainement

mieux la température que le bain, mais, après la cessation, elle remonte davantage et on ne garde pas le terrain conquis; en outre, l'action s'affaiblit et il faut augmenter les doses. Il a eu un cas de mort qui avait été traité par l'antipyrine et a trouvé les reins très altérés, non par une néphrite, mais par l'encombrement épithélial des canalicules; pour lui, le médicament « semble changer la façon de mourir des malades, et on peut se demander s'il n'a pas agi comme un toxique ».

M. Mollière admet aussi la production de phénomènes toxiques par l'antipyrine : ictère, stupeur, éruptions caractéristiques, irrégularités des tracés rappelant ceux de l'acide phénique.

M. Glénard combat aussi l'antipyrine; dans les formes légères, elle améliore, mais probablement les compresses, lotions, lavements froids jouent un grand rôle dans l'amélioration; dans les formes moyennes et graves, le médecin est désarmé avec les petites doses et, avec les doses massives, est forcé, au bout de quelque temps, de porter un pronostic plus sévère. « Moins utile que le froid ou nuisible, voilà l'alternative ». M. Clément a méconnu le vrai caractère de la méthode des bains froids dont l'action antipyrétique résulte de la combinaison de l'action stimulante avec l'action réfrigérante, qui répond simultanément à toutes les indications du processus fébrile (voyez plus bas) et assure le fonctionnement de tous les appareils organiques pendant toute la durée de la maladie; il a encore méconnu la parenté de l'antipyrine avec les corps de la série aromatique expérimentés et abandonnés depuis dix-huit ans. M. Clément, en observant l'abaissement de la température, a cru que tout irait bien, mais l'antipyrine fait tomber la fièvre d'une manière brusque, « drastique »; le deuxième jour, la température touche 37°5 et la mort sans fièvre est un bénéfice fréquent du médicament; de plus, la marche du thermomètre ne peut plus servir à guider le clinicien.

L'action tonique sur le système vasculaire manque à tous les antithermiques; le pouls ne suit plus l'abaissement de la température. L'antipyrine est un trompe-l'œil (Jaccoud) et donne une sorte d'euphorie qui masque la gravité réelle de la maladie.

Avec M. Clément, il n'y a qu'un seul membre de la Société, M. Michon, qui, au nom de M. Laure, ait présenté quelques considérations favorables à l'antipyrine. Quelquefois, d'après lui, la température tombe avec les bains froids après que l'antipyrine a échoué, et réciproquement; dans certains cas, les deux méthodes pourraient donc se substituer l'une à l'autre avec avantage. M. Laure considère le médicament comme indiqué dans le laryngo-typhus et n'a pas vu qu'il ait d'influence sur la quantité des urines; les cas de collapsus ont été constamment provoqués par l'emploi des doses massives. Les conclusions de l'auteur *ne s'appliquent qu'à la thérapeutique infantile;* la rapidité des oscillations thermiques chez les enfants est une condition qui favorise l'action du médicament.

II

Un des principaux reproches que l'on ait faits à la méthode de Brand est de ne pas tenir compte des indications aussi bien que peut le faire l'expectation armée. Il nous semble que les considérations développées par M. Bouveret répondent à cette objection.

En premier lieu, le bain froid lutte efficacement contre la température fébrile. Après une période de lutte plus ou moins prolongée, et qui peut, du

©BIU Santé

reste, manquer, la défervescence s'accentue et sur la courbe à deux notations quotidiennes les oscillations sont de faible amplitude. L'antipyrine lutte mieux contre l'élévation du thermomètre, mais ce n'est qu'en négligeant les autres indications sur lesquelles il nous reste à nous étendre.

Les accidents nerveux graves et précoces sont efficacement combattus par les bains froids. C'est là un fait si évident que les adversaires les plus acharnés de la méthode administrent des bains froids lors de ces complications graves. Il est remarquable de voir que le délire et la stupeur peuvent disparaître à la suite des bains, tandis que la température reste encore très élevée; cela prouve bien l'action directe de l'eau froide sur les centres nerveux.

La même médication agit à merveille contre le mal de tête, l'insomnie, l'agitation, le subdélire et la torpeur intellectuelle.

Les troubles digestifs sont très importants dans la fièvre typhoïde. Tous les observateurs impartiaux s'accordent à reconnaître les heureux effets qu'a sur eux la méthode de Brand. La langue est humide, l'estomac supporte facilement les boissons. Le météorisme et la diarrhée sont efficacement combattus par la réfrigération locale sous forme de compresses froides. Que l'on compare cet état du tube digestif à celui qui existe souvent dans les cas où l'on administre des médicaments dont quelques-uns, tels que le sulfate de quinine, provoquent facilement des vomissements et l'anorexie. Dans la méthode dite expectante ne s'adresse-t-on pas à toute une polypharmacie pour combattre la diarrhée, la constipation, la fétidité des selles, etc.? L'hémorrhagie intestinale précoce est parfaitement combattue par la méthode, tandis que la tardive la contre-indique.

Tout le monde connaît la constance de la bronchite dothiénentérique et la fréquence des troubles respiratoires graves. Cette bronchite ne contre-indique pas les bains froids; Juhel-Renoy, Richard, Du Cazal, ont insisté sur ce point à la Société médicale des hôpitaux. Beaucoup ont dit que la pneumonie était plus fréquente chez les typhiques baignés; elle existe évidemment (obs. de Barth), mais en dehors des cas où elle dépend de conditions nosocomiales spéciales avec infections mixtes (Vinay à l'Hôtel-Dieu de Lyon), ou de ceux dans lesquels la méthode a été mal appliquée (Féréol), les statistiques qui, du reste, confondent souvent la broncho-pneumonie et la pneumonie lobaire, prouvent qu'elle devient bien plus rare avec les bains froids. Le laryngo-typhus indique la suppression des bains à cause des accès de suffocation possible; on peut empêcher la complication (Renaut) en surveillant le larynx et en y faisant des pulvérisations de liqueur de Van Swieten au moindre signe d'inflammation.

Le bain froid a fait disparaître la néphrite dothiénentérique, véritable *lésion de mort*, qui existe chez tous les typhiques autopsiés (Renaut), et cette action favorable sur la néphrite infectieuse a été aussi reconnue par Richard. A Lyon, où l'antipyrine avait eu un moment une grande faveur, la forme rénale grave a reparu, et on a observé en quelques semaines trois cas nouveaux avec éclampsie, d'où la conclusion de Renaut : l'antipyrine ferme le rein; si celui-ci est malade, elle l'annule. Quoique niée par M. Clément, cette action fâcheuse de l'antipyrine sur le rein malade tend à être de plus en plus admise; c'est ainsi qu'Huchard reconnaît qu'elle peut être dangereuse dans les polyuries d'origine rénale, et que Dumolard, Renaut se refusent à l'administrer dans les états qui touchent diffusément la glande : scarlatine, coqueluche, etc.

Le grand bain froid a la plus heureuse influence sur les troubles précoces de la circulation; il diminue la fréquence du pouls et en modère le dicrotisme. Il prévient le plus généralement les accidents graves de collapsus cardiaque. Quelquefois, chez les personnes nerveuses, chez les enfants, on a vu le bain froid donner lieu à une syncope. Il faut alors, comme l'a dit et répété Glénard, individualiser la méthode, faire usage du bain progressivement refroidi, des affusions, etc. L'honorable médecin de Lyon a développé ces indications spéciales devant la Société médicale des hôpitaux, et a montré que l'emploi de la méthode de Brand comporte, de la part du médecin, au moins autant d'attention et de sagacité que l'expectation la plus armée.

M. Leclerc (*Lyon médical*, 1887, 50) a comparé les différents traitements de la fièvre typhoïde au point de vue de leur action sur les globules du sang; pour la plus grande partie des malades, lorsque le bain froid a été donné d'emblée et exclusivement, la destruction globulaire a été négligeable; elle n'a été que légère chez les malades comparables traités par l'antipyrine dans les mêmes conditions; la déglobulisation a été toujours plus ou moins considérable chez les malades soumis à l'acétanilide, mais la réparation paraît se faire assez facilement. Disons en passant que M. Vinay a vu un cas traité par l'acétanilide se terminer par la mort; le malade avait perdu 36 p. 100 de son poids, et on n'avait pas vaincu le délire fébrile que M. Lépine regarde cependant comme pouvant céder au médicament.

Le bain conserve la propreté de la peau et empêche les gangrènes et les vastes suppurations. Cela contribue à rendre la convalescence plus facile et plus prompte, d'autant plus que la perte de poids est moindre qu'avec les autres traitements. Avec la méthode de Brand la perte moyenne, d'après les chiffres de M. Vinay, est de 12,34 p. 100 relativement au poids initial; le gain moyen est de 526 grammes par jour, et, le total, de 15,17 p. 100. Le rapport moyen de la perte au gain est donc, par jour et par kilogramme, comme 7 : 10. Dans la fièvre typhoïde non traitée par les bains froids (Th. de Cohin, Paris, 1887), la moyenne de neuf observations donne 400 grammes de perte par jour, chiffre peu différent de celui de Vinay (378), mais la moyenne du gain quotidien n'est plus que 280 grammes au lieu de 526, c'est-à-dire près de moitié moins. Le rétablissement du poids se fait beaucoup plus énergiquement à la suite du bain froid que lorsque le malade a été traité par les méthodes médicamenteuses. A peine la fièvre tombée, le typhique traité par les bains réclame des aliments, et le séjour à l'hôpital devient de la sorte beaucoup plus court. On ne voit plus de ces convalescences traînantes si fréquentes par les autres méthodes.

Il est nécessaire, pour que la méthode produise tous ses effets, de baigner dès le début et de baigner toutes les fièvres typhoïdes. Il ne faut pas, en effet, réserver le traitement par les bains pour les cas graves dès les premiers jours. On s'expose ainsi, en effet, à laisser les formes moyennes se compliquer ou prendre une physionomie inquiétante; or, tout ceux qui ont adopté la méthode de Brand sont unanimes : les bains sont d'autant moins efficaces qu'on les commence plus tard. Quelques malades refusent les bains, quelques autres ne peuvent pas les supporter, ou n'en tirent pas d'avantages, car il y a des réfractaires à l'hydrothérapie (Lépine); dans ce cas, on peut recourir aux antipyrétiques, qui ne sont pas seulement des antithermiques, mais empêchent jusqu'à un certain point (surtout la quinine) la prolifération du bacille d'Eberth. M. Lépine a peine à admettre

©BIU Santé

que le meilleur traitement d'une maladie infectieuse soit toujours l'eau pure, et expérimente successivement les produits nouveaux, mais il regarde le bain froid comme « supérieur dans les cas graves, nécessaire dans les cas ataxo-adynamiques et agissant mieux que les antipyrétiques connus. » Du reste, plusieurs médecins de Lyon complètent l'action des bains par l'antisepsie intestinale, par l'iodoforme porphyrisé, donnent du vin, du café, du quinquina (Renaut).

On a dit bien des fois que la méthode des bains froids était difficile à appliquer à l'hôpital; les résultats obtenus à Paris par M. Juhel-Rénoy, en province par nos confrères lyonnais, et MM. Du Cazal, Richard, etc., sont là pour nous montrer qu'il n'en est rien; dans les villages même le bain est facile à employer quand on y va avec confiance et qu'on sait imposer son opinion. Si l'on veut s'en rendre compte, on n'a qu'à consulter la *Relation de l'épidémie d'Argenton*, petit village perdu des Hautes-Alpes, publiée par M. Désir de Fortunet (*Lyon médical*, 1888, 18).

Les statistiques les plus étendues ont été réunies par M. Glénard, qui les a empruntées à tous les auteurs. Brand a publié un résumé de 1,211 cas empruntés à la pratique de médecin de famille, à celle des hôpitaux militaires et à la polyclinique allemande, tous cas où la méthode est appliquée dès le début; il y a eu 12 morts sur 1,223 cas, soit 1 p. 100. Sur ces 12 morts, 2 peuvent être éliminés (suspension du traitement le sixième jour à cause d'une arthrite, mort de cause inconnue pendant une récidive), et, de plus, aucun d'eux n'a été traité plus tôt que le sixième jour, compté à partir des frissons et des frissonnements et contrôlé par la date d'apparition de la roséole ; et de l'hypertrophie de la rate tous ceux traités avant le cinquième jour ont guéri. Le médecin de Stettin récapitule ces documents statistiques de la manière suivante (*Lyon médical*, 1888, 6) :

Clientèle de famille, 0 à 1 p. 100; hôpitaux militaires, 3 à 4 p. 100; pratique privée, 3 à 4 p. 100; hôpitaux civils, 5 p. 100.

A Lyon, l'hôpital de la Croix-Rousse donne 5 p. 100, sans éliminations, en 1887; à l'Hôtel-Dieu le chiffre est plus élevé pour deux raisons : les internes dirigent toutes les formes graves dans le service de M. Vinay où ils savent qu'elles seront soignées, les conditions d'hygiène nosocomiale sont très mauvaises.

La méthode expectante donne 20 p. 100 de complications pulmonaires avec une mortalité de 50 p. 100; celle de Brand en donne 7,1 p. 100 avec une mortalité de 35,7 p. 100. Cent cas de mort avec les bains en comprenaient 26,3 par accidents thoraciques; cent cas avec les autres traitements, 52,6.

Nous ne pouvons mieux faire, en finissant, que de citer les paroles par lesquelles M. Glénard a terminé la discussion de la Société des sciences médicales :

1° La méthode de traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids, éprouvée depuis quinze ans à Lyon, est aujourd'hui en pleine floraison; elle a tenu toutes ses promesses; la comparaison avec les méthodes rivales est chaque fois, pour la méthode des bains froids, l'occasion d'un nouveau triomphe. Le grand principe de sa spécificité, c'est-à-dire de son application systématique à tous les cas et dès le début, est adopté à Lyon.

2° La Société des sciences médicales, dont les membres se sont tous montrés, même M. Clément, les partisans convaincus de la réfrigération systématique, et qui, à côté de la Société de médecine de Lyon, est la première Société savante dans laquelle ce traitement soit discuté par des mé-

decins qui tous le connaissent; la Société des sciences médicales possède, avec la méthode des bains froids, un critérium sûr pour juger la valeur des médications nouvelles qui lui sont présentées.

3° La loi suivante se vérifie une fois de plus que : la courbe obituaire, dans les hôpitaux de Lyon, oscille en raison directe de la consommation des médicaments antithermique et en raison inverse du nombre des bains froids administrés,

Paul CHÉRON.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1888. — Présidence de M. HÉRARD.

La correspondance comprend :

1° Une note de M. le médecin de 1re classe Bertin, du port de Toulon, sur les vaccinations et revaccinations qu'il a pratiquées dans les arrondissements de l'ouest de la Cochinchine du 6 novembre 1887 au 1er février 1888;

2° Une lettre de M. Triaire (de Tours), envoyant l'analyse de ses travaux à l'appui de sa candidature au titre de correspondant dans la 1re division;

3° La liste des travaux de M. Duché (de l'Yonne);

4° Un mémoire sur l'alimentation des nourrices en vue de la production du lait, par le docteur H. Massina;

5° Une note de M. Blaisemont sur l'ablation d'une production cornée de la fesse gauche;

6° Un rapport de M. le docteur Famechon, sur les vaccinations et revaccinations faites au 104e de ligne;

7° Une note de M. le docteur Alven, sur l'irrigation d'eau très chaude contre les épistaxis et l'emploi de l'éponge imbibée du même topique contre les bourrelets hémorroïdaux externes avec contracture.

— M. le docteur PERCEPIED donne lecture d'une étude des microbes contenus dans les eaux minérales du Mont-Dore. En voici les conclusions :

1° Les eaux du Mont-Dore contiennent des microbes, dont quelques-uns se retrouvent d'une façon banale dans beaucoup d'eaux non-minéralisées;

2° Les micro-organismes paraissent être les mêmes dans toutes les sources;

3° Le nombre des microbes paraît aller en diminuant, à mesure que l'on s'approche du point d'émergence de l'eau en même temps que leur activité diminue;

4° L'expérience démontre qu'ils ne sont pas pathogènes.

— L'élection d'un membre titulaire dans la section de pharmacie donne les résultats suivants : Nombre de votants, 75; majorité, 38. Ont obtenu : MM. Moissan, 55 voix (élu); Beauregard, 4; Quesneville, 6; Vigier, 1; Guignard, 1; Yvon, 1; bulletin blanc, 1.

— M. BROUARDEL lit une note adressée par MM. les docteurs Diazouris, Ropas et Derbys, sur une épidémie de méningite cérébro-spinale ayant sévi à Nicosie de Chypre. Dans les mains de M. Derbys, l'antipyrine a combattu avec succès le mal de tête et les douleurs de la nuque. Les principaux symptômes de la maladie étaient le gonflement douloureux des articulations, les paralysies et hémiplégies, le strabisme, l'herpès cutané, la surdité. Comme phénomènes rares, on a noté l'aphasie, l'hyperesthésie cutanée, la diplopie. Il y avait des formes foudroyantes.

— M. le docteur HERGOTT (de Nancy) communique une observation de fistule vésico-utéro-vaginale avec mortification d'une portion de l'uretère gauche, opération et guérison. L'extrémité de l'uretère gauche se trouvait englobée dans du tissu cicatriciel. Pour l'opération, on insensibilisa le vagin avec des tampons imbibés d'une solution à 1/25e de chlorhydrate de cocaïne. On libéra l'uretère sur une longueur de 1 centimètre envi-

©BIU Santé

ron; le conduit fut replié dans la vessie, dont la muqueuse fut repoussée dans sa cavité moyennant une éponge fixée dans une tige.

Cette observation est intéressante non pas tant par l'étendue de la perte de substance qui a été plus considérable dans d'autres cas, mais par la mortification d'une partie de l'uretère et la nécessité de dégager le bout de ce canal du tissu cicatriciel dans lequel il était englobé, pour pouvoir lui permettre de rentrer dans la vessie pour y verser le produit de la sécrétion rénale, avant de la fermer pour guérir l'incontinence.

— M. Le Roy de Méricourt continue sa lecture sur la lèpre.

Au Japon, les mauvaises conditions hygiéniques devraient favoriser la propagation de la lèpre, pourtant le docteur Baelz reconnaît qu'elle n'y est ni contagieuse, ni infectieuse.

Aux îles Sandwich, il y a bien plutôt une endémo-épidémie qu'une épidémie. La lèpre y existait avant la recrudescence contemporaine si grave, et M. Besnier n'a pas besoin d'invoquer la réimportation de germes nouveaux, puisque le bacille est ou n'est pas.

M. Le Roy de Méricourt a réuni tous les documents officiels et autres publiés sur la lèpre à Hawaï. Les contagionnistes se gardent bien d'insister sur les conditions de la population qui, profondément modifiées, ont fait passer la maladie endémique à l'état épidémique. On peut prendre comme exemples de ces recrudescences la variole et la fièvre jaune.

Arning a inoculé un Hawaïn condamné à mort et n'a rien observé après quatorze mois; lui-même et plusieurs médecins se sont blessés en faisant des autopsies de lépreux et il n'y a eu que des lymphangites. Quoi que cet auteur en ait dit, les expériensec qu'il a tentées sur l'inoculation par le vaccin humain n'ont aucune valeur.

M. Besnier a publié deux observations de Gairdner relatives à l'inoculation vaccinale, mais il n'y avait pas certitude de la lèpre chez le vaccinifère et on n'a pas reconnu le bacille dans la lymphe. Tilbury Fox, Parquhar, Munro combattent aussi l'idée de la contagion vaccinale.

Il faut placer au premier rang des prédispositions particulières l'aptitude spéciale de la race Canaque. M. Besnier tient trop peu de compte de l'hérédité qui est admise comme un des modes les plus importants, sinon le plus important de propagation. L'hérédité n'est pas fatale, mais elle est surtout très probable quand la mère est lépreuse. Pour Van Leent, elle est constante, mais peut sauter une génération. Les blancs sont très rarement atteints; 14 seulement, depuis 1856, ont été frappés aux îles Sandwich et seulement après y avoir fait un long séjour. On pourrait multiplier les observations d'individus employés dans les léproseries ou internés par erreur, pendant quinze, vingt, trente ans, sans jamais contracter la maladie.

M. Besnier pense que les soins élémentaires d'hygiène générale et domestique permettent d'admettre sans danger les lépreux au milieu des autres malades.

C'est avouer que le bacille de la lèpre est bien accommodant; de plus, il respecterait la richesse et le confortable qu'elle donne.

A l'époque actuelle, les nations qui mettent en pratique l'internement forcé sont en très petit nombre, et encore cet internement est-il fort incomplet et ne porte-t-il pour ainsi dire que sur les lépreux pauvres.

En Europe, la Norwège est le pays qui contient le plus de lépreux. En vingt-cinq ans, les cas ont diminué de 45 p. 100, mais l'obstacle apporté à l'hérédité joue naturellement un grand rôle dans cette diminution.

Au Caucase, la séquestration est illusoire actuellement. Au Turkestan, on a si peur de la lèpre que l'on interne des malheureux atteints de vitiligo. A Constantinople, une grande partie des lépreux vivent en liberté, et M. Zambaco n'a pas observé d'exemple authentique de contagion.

En Espagne, on laisse communiquer les lépreux et les personnes saines; dans la Caroline du Sud, il n'y a pas d'internement et la maladie n'augmente pas. Aux Indes anglaises, il n'y a pas non plus de mesures coercitives à l'égard des malades. A Curaçao, le gouvernement hollandais a adopté des mesures plus sévères sur le papier qu'en réalité. Ce ne sont que les malheureux des classes inférieures qui sont soumis à la séques-

tration, qui équivaut à une condamnation à mort. A la Guyane, où on séquestre aussi, on est convaincu que l'hérédité joue le rôle prépondérant dans la propagation et cependant les internés vivent dans une promiscuité révoltante qui favorise la production de nouveaux cas.

La maladie se rencontre à Boruéo, à Célèbes, à Timor, et cependant les Arabes de l'archipel ne sont pas atteints.

Dans nos colonies, on n'enferme guère que les lépreux pauvres, et le chiffre des malades admis dans les asiles est loin de représenter le nombre des lépreux dans chacune des colonies.

L'année dernière, on a sollicité le conseil de santé de la marine de rétablir les mesures prescrites en 1840. Le conseil a pensé que les mesures de police prises à l'égard des vagabonds suffisaient contre les lépreux. Il conseille des asiles et des établissements hospitaliers bien établis. Ce n'est qu'à Hawaï que la séquestration est complète. Malgré cela, M. Le Roy de Méricourt craint que la lèpre ne disparaisse qu'en même temps que le dernier indigène. Là, comme ailleurs, la promiscuité et la cohabitation sont les plus grands obstacles à l'extinction. La séquestration n'a lieu que quand la maladie est trop avancée et que depuis longtemps les rapports sexuels ont produit leurs fruits. Du reste, dans beaucoup d'asiles de lépreux la promiscuité est honteuse.

La notion du bacille lépreux n'a en rien démontré la transmission directe d'individu à individu, et le docteur Arning n'a produit que des hypothèses. On n'est pas plus avancé qu'avant la découverte de Hansen sur les mesures prophylactiques. Tout ce que l'on sait, c'est que l'homme est le seul agent ou du moins l'agent essentiel de la transmission. La seule conclusion pratique à en tirer, c'est qu'il faudrait faire disparaître l'homme lépreux.

Les faits rapportés par M. Besnier ne prouvent pas que la maladie puisse être inoculée par la vaccination. Du reste, M. Cornil ne pense pas que la tuberculose puisse être transmise par la lymphe vaccinale.

La lèpre est toujours incurable, et, pour les conditions qui favorisent la propagation, nous en sommes toujours aux causes banales, la misère sociale et la promiscuité. Des conditions opposées annihileraient à peu près sa faculté contagieuse.

Les mesures prophylactiques, M. Besnier le montre lui-même, restent les mêmes avant et après la découverte du bacille, et la lèpre comme la tuberculose et la syphilis continuera à peser lourdement sur l'humanité.

— L'Académie se réunit en comité secret pour le classement des candidats au titre d'associé libre. En première ligne, *ex æquo*, MM. Lereboullet, Magitot; en deuxième ligne, M. Rivière; en troisième ligne, M. Galezowski; en quatrième ligne, M. Blache; en cinquième ligne, M. Corlieu.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Rapport de M. Schwartz sur un mémoire de M. Doyen relatif à la lithotritie pour calculs vésicaux et à la pathogénie des calculs et des cystites. — La castration chez la femme et ses indications.

A propos de la lecture du procès-verbal, M. Terrillon présente l'appareil dont il a fait usage chez le malade qui a subi la gastrostomie.

— M. Schwartz fait un rapport sur un mémoire adressé par M. Doyen (de Reims). L'auteur a exécuté la lithotritie rapide dans cinq cas, chez quatre hommes et une femme. Dans les cas observés chez l'homme, il s'agissait de calculs petits et uniques ou peu nombreux; la durée des séances, vu le peu de dureté des pierres, ne dépassa pas une demi-heure. Il n'y eut pas de complications, sauf dans un cas d'épididymite avec orchite non suppurée. Les opérations sont encore trop récentes pour qu'on puisse être sûr des résultats éloignés.

Chez la femme, âgée de 75 ans, M. Doyen reconnut dès le début que le calcul était très dur et recouvert d'aspérités; aussi pensa-t-il à une pierre d'oxalate de chaux.

©BIU Santé

Malgré cette notion et les travaux récents de M. Guyon relatifs aux difficultés de la lithotritie chez la femme, il crut devoir la tenter. Il ne réussit qu'à fausser son instrument, dut cesser ses tentatives au bout d'une demi-heure et pratiquer séance tenante la cystotomie vésico-vaginale. Il eut encore une difficulté opératoire, parce qu'un des fragments de l'écorce, qui s'était écaillée sous la pression du lithotriteur, s'était logé dans un diverticule formé par la contraction des fibres musculaires de la vessie et qu'on dut aller le chercher avec une tenette. M. Doyen laissa la fistule béante.

Il semble à M. Schwartz que, dans son dernier cas, l'auteur eût dû opérer beaucoup plus vite et ne pas s'attarder une demi-heure.

La deuxième partie du mémoire de M. Doyen a été envoyée aussi à l'Académie et M. Schwartz n'y insiste pas. Il tient cependant à s'élever hautement contre cette opinion de l'auteur, qu'il ne faudrait pas tenir grand compte de la propreté des instruments dans la pathogénie des cystites.

M. Doyen a encore recherché le rôle des microbes dans la formation du noyau des calculs. Il ressort de ses expériences de culture, qu'ils semblent ne jouer aucun rôle. Ceux que l'on rencontre dans les parties superficielles parviennent de l'urine et sont inclus dans les couches corticales au moment de leur formation.

— M. Paul Segond communique les résultats qu'il a obtenus en pratiquant la castration ovarienne sur quatre malades atteintes de fibromes utérins.

La malade de l'observation Ire, âgée de 26 ans, avait des métrorrhagies et des troubles dysménorrhéïques. Les dispositions anatomiques du fibrome n'ont permis que l'ablation de l'ovaire gauche et cependant la malade a retiré les meilleurs effets de l'intervention. Les règles sont devenues régulières et non douloureuses. L'opération date maintenant de près de deux ans.

La malade de l'observation IV a été opérée pour des crises dysménorrhéïques effroyables et rebelles à toutes les médications d'usage. La double castration ovarienne a fait disparaître tous ces troubles, mais, comme l'opération ne date que de huit mois, l'appréciation définitive du résultat doit être réservée, d'autant que depuis deux mois environ il s'est produit un certain nombre d'hématémèses.

Chez les deux autres malades opérées depuis deux ans, les effets de la castration double ont été des plus nets. Toutes deux portaient des fibromes de moyen volume remontant jusqu'à l'ombilic ; elles étaient en outre épuisées par des métrorrhagies extrêmement abondantes et l'une des deux, tout au moins, aurait, sans l'intervention, rapidement succombé.

Dans les deux cas, l'ablation bilatérale des annexes (ovaires et trompes) a été suivie de la cessation définitive des hémorrhagies et de l'atrophie rapide des fibromes.

Chez l'une des deux dernières opérées, il s'est produit une complication post-opératoire assez grave. Au neuvième jour, quelques heures après l'ablation des fils et pendant une quinte de toux, la cicatrice s'est désunie et les intestins ont fait irruption sous le pansement. L'intestin a été réduit, la déchirure suturée et la malade a guéri.

M. Segond estime qu'on doit se méfier de la possibilité de cette complication toutes les fois qu'à la suite d'une laparotomie la cavité péritonéale reste habitée par une tumeur plus ou moins volumineuse.

M. Segond termine sa communication par quelques généralités sur les indications de la castration ovarienne dans le traitement des fibrômes. Il est à bon droit reconnu que la castration convient aux fibrômes de dimension moyenne ou petite qui provoquent, soit des troubles fonctionnels graves, soit des hémorrhagies profuses, mais ce n'est là qu'une formule générale. Les autres considérations dont il faut tenir compte en clinique sont trop variables pour se prêter à des jugements absolus. Toutefois, parmi ces considérations, il en est une très importante sur laquelle M. Segond insiste d'une manière particulière et qui doit à son avis jouer un rôle décisif, c'est la facilité d'exécution plus ou moins grande de l'opération. Pour lui, une castration trop laborieuse est toujours une opération très grave et, comme le diagnostic de la plus ou moins grande facilité d'une castration, contrairement à l'opinion d'Hegar, est impossible avant l'ouverture du ventre, il appuie cette conclusion déjà formulée qu'une castration ovarienne ne doit être tout d'abord

qu'une laparotomie exploratrice. Puis, dit-il, lorsque le ventre est ouvert, on doit opter pour telle ou telle opération, en se guidant sur la comparaison de leur gravité respective, et c'est alors qu'il faut bien se souvenir de la gravité particulière des castrations trop laborieuses. En présence d'un cas donné de fibrome utérin exigeant une intervention trans-péritonéale toute castration projetée ne sera donc faite que lorsque son exécution paraîtra simple. Par contre, en présence de difficultés opératoires réelles, le chirurgien ne s'attardera pas à des recherches inutiles ou dangereuses, et, difficulté pour difficulté, il donnera la préférence à l'ablation directe des fibromes. Cette formule est sans doute très générale, mais les variétés multiples de la clinique ne permettent pas de préciser davantage.

M. Terrier approuve la communication de M. Segond. Dans un cas récent de fibrome accompagné d'hémorrhagies redoutables, il a eu à se demander s'il convenait d'enlever à la fois la tumeur et les ovaires. M. Lucas-Championnière qui l'assistait penchait pour l'ablation totale. Les ovaires furent cependant seuls enlevés et depuis le sang n'a pas reparu.

M. Terrier a observé une fois l'accident de rupture de la cicatrice signalé par M. Segond. La malade, à qui on avait enlevé les deux ovaires et fait l'ablation des sutures le huitième jour, rouvrit sa plaie dans un accès de toux. Elle eut connaissance de l'accident, mais on n'intervint pas de suite, et les intestins restèrent douze heures sous le pansement iodoformé. Le lendemain, on vit en enlevant le pansement l'épiploon à nu; la température s'éleva à peine de quelques dixièmes de degré et la malade guérit après réduction. Maintenant, l'orateur fait à la fois des sutures profondes et des superficielles. La difficulté de trouver et d'enlever les ovaires peut être très grande, et M. Terrier a dû, dans un cas, faire des ligatures atrophiantes des gros vaisseaux de la glande. La malade succomba, mais il faut dans des cas analogues songer à cette ressource. La pédiculisation peut être aussi très pénible; cela se voit surtout lors de tumeurs papillaires de l'ovaire. Quand il reste un peu de tissu glandulaire, les règles et les hémorrhagies peuvent réapparaître.

Ainsi que l'a dit M. Segond, il est très difficile de fixer les indications de la castration et de l'amputation sus-vaginale, à cause de la diversité des cas.

M. Bouilly a réussi par la castration à guérir des malades atteintes de fibrome entraînant des hémorrhagies ou des douleurs vives. Le sang a été arrêté du premier coup, et c'est là l'indication la meilleure. Il a remarqué aussi l'atrophie des tumeurs. Dans deux cas, il s'est trouvé en présence à la fois de salpingo-ovarites doubles et de fibromes.

M. Lucas-Championnière reconnaît aussi que l'on ne peut fixer les indications de la castration d'une manière absolue. Elle est très utile contre les hémorrhagies et pour arrêter le développement de l'utérus. Un certain nombre de tumeurs sont enlevables par la voie vaginale, mais il est loin d'en être ainsi pour toutes. On peut tirer certaines indications de la position sociale. Dans la clientèle de ville, les malades dans une situation élevée peuvent supporter leur tumeur sans que l'on intervienne; au contraire, des ouvrières se voient condamnées par leur fibrome à plusieurs mois de repos chaque année. Il faut alors intervenir. La rupture possible de la plaie indique l'emploi des sutures superficielles et profondes; il ne faut pas employer la suture sèche au collodion qui fait suppurer, mais celle au crin de Florence; l'orateur emploie la suture péritonéale au catgut. En présence de gros fibromes, quand le ventre est ouvert, on est souvent fortement tenté de tout enlever.

— M. Quénu présente un ovaire atteint d'ovarite tuberculeuse. Le diagnostic pendant la vie était resté hésitant, car la glande formait une tumeur dans la fosse iliaque droite avec un pédicule semblant se diriger vers l'os.

— M. Tuffier présente les pièces anatomiques d'un rétrécissement de l'œsophage qui l'a conduit à pratiquer la gastrotomie. La sténose était infranchissable et on pensa à un cancer. Le malade mourut le onzième jour avec des signes de péritonite. Le corps thyroïde était le siège d'un goître fibreux et une bride fibreuse tendue entre les deux lobes comprimait l'œsophage.

©BIU Santé

— M. Routier montre une perforation spontanée du rectum observée chez un opéré de taille hypogastrique pour cystite tuberculeuse. — P. C.

COURRIER

Faculté des sciences de Paris. — Le jeudi 24 mai 1888, à deux heures, Mlle Leblois soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences naturelles, une thèse ayant pour titre : « Recherches sur l'origine et le développement des canaux sécréteurs et des poches sécrétrices. »

L'association générale des étudiants de Paris. — L'Association générale des étudiants de Paris a célébré récemment, au restaurant Vianoy, dans un banquet présidé par M. Bréal, membre de l'Institut, le quatrième anniversaire de sa fondation. Cette œuvre, qui a su grouper autour d'elle, comme membres honoraires, tous les maîtres de la science, des arts et de la littérature, voit sa prospérité s'affirmer chaque année avec plus de force et d'éclat. Elle compte actuellement 2,400 adhérents et 300 membres honoraires environ. Un grand nombre de ces derniers avaient tenu à assister à la fête de leur « chère jeunesse » entre autres MM. de Quatrefages, de l'Institut; Liard, directeur de l'enseignement supérieur au ministère de l'Instruction publique, représentant M. Lockroy; des professeurs à la Sorbonne; Chatin, Riban et Velain, professeurs à la Faculté des sciences, etc.

Après avoir évoqué le souvenir de ceux qui avaient pris la parole les années précédentes à ce banquet, M. Breal suit les prompts et curieux développements de l'Association :

« Dans la maison que vous habitez rue des Ecoles, vous êtes des locataires d'un genre à part; à chaque renouvellement du bail, vous allez trouver votre propriétaire pour lui demander de vous donner un appartement en plus. Ce sera un beau moment, quand, sortant des profondeurs de la cour, vous verrez s'ouvrir devant vous l'espace, et quand, de vos fenêtres, vous dominerez la rue des Ecoles, le Collège de France, l'Ecole de médecine, le Palais de Justice et ces tours Notre-Dame au pied desquelles l'Université de Paris a pris naissance... Songez, ajoute-t-il, qu'à toute heure du jour peut entrer chez vous un étudiant d'Oxford, de Leyde, de Zurich, attiré par la renommée de l'antique Université de Paris, ou rendant quelque visite que vous avez faite. D'après ce qu'il aura vu, il se formera son opinion sur la France !... »

M. Bréat fait ressortir les agréments de l'Association et trace un tableau charmant de son « cher quartier latin ». Il termine par ces mots : « Laissez-moi vous réunir tous dans un commun toast d'amitié et d'espérance. Je bois à l'Association générale des étudiants de Paris, je bois à toutes les Associations de nos Universités françaises. »

Dans beaucoup de centres universitaires de province des Associations analogues existent ou sont en train de se fonder. Les étudiants d'Aix viennent d'en créer une à leur tour. (*Progrès médical.*)

Nécrologie. — On annonce la mort du chirurgien écossais William M. Mac Ewen, né à Bute (Ecosse), en 1848. Il était professeur de clinique chirurgicale et chirurgien de la Royal Infirmery, à Glasgow.

Société de médecine de Paris. — Séance du 26 mai 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Duroziez : Emissions sanguines et vésicatoires dans la pneumonie. — 2. Communications diverses. — 3. Election de M. Fredet (de Clermont-Ferrand), membre correspondant.

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte**. — Un verre à Bordeaux aux repas.

LIQUEUR DE LAPRADE à l'albuminate de fer soluble. — *Troubles de la menstruation.*

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. GILLOT (d'Autun) : Des dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue et de leur valeur séméiologique. — II. REVUE DES JOURNAUX : Ponction du cœur dans la syncope chloroformique. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — IV. FORMULAIRE. — V. COURRIER. — VI. FEUILLETON : Causerie.

Des dilatations ampullaires des petits vaisseaux de la langue et de leur valeur séméiologique (1),

Par le docteur GILLOT (d'Autun).

L'examen de la langue est une des pratiques banales de la médecine; mais, bien qu'il ait été de tout temps en honneur, il se borne habituellement à la constatation des changements de coloration de l'organe, des modifications de son revêtement épithélial, de son degré d'humidité, etc. A cet égard, il fournit de précieux renseignements sans cesse utilisés en clinique, surtout au point de vue de la symptomatologie des voies digestives.

Mais si l'on fait chaque jour tirer la langue aux malades pour y jeter un rapide et superficiel coup d'œil, il est rare que l'examen se prolonge et se porte sur la face inférieure. A peine arrive-t-il d'y rechercher sur le frein les ulcérations produites par la toux quinteuse, avec projection de la langue sur l'arcade dentaire, de la coqueluche ou de la phthisie, ou sur les parties latérales les stigmates de la syphilis, surtout à sa seconde période.

(1) Note lue au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Oran, le 2 avril 1888.

FEUILLETON

CAUSERIE

La prostitution et les maladies vénériennes en Russie. — La situation des médecins anglais en Suisse. — Comment on écrit l'histoire de la médecine.

Le docteur A. M. Zenkoff (d'Irbit) donne, dans le *Shornik Permskako Zemstva* du 27 décembre 1887, d'intéressants détails sur la manière dont la syphilis est propagée par les foires en Russie. Irbit est un chef-lieu de district du gouvernement de Perm (Russie orientale); sa population sédentaire est de 5,000 habitants, chiffre qui s'accroît périodiquement dans une large proportion pendant deux mois en deux mois et demi, pendant que la foire annuelle a lieu. Celle-ci s'ouvre officiellement du 1er février au 1er mars; c'est la réunion commerciale la plus importante, qui donne lieu à des ventes et achats considérables de thé, sucre, fourrures, laines, etc. C'est aussi un des grands centres de la prostitution en Russie.

Le compte rendu du docteur Zenkoff est relatif à 1884, mais sa description peut s'appliquer également aux années suivantes aussi bien qu'à beaucoup d'années précédentes. Ce rapport ne considère que la prostitution ouverte ou officielle, et laisse de côté la forme clandestine, qui se pratique dans une très grande étendue par d'innombrables servantes dans les brasseries, tavernes et auberges, par les filles employées dans les

©BIU Santé

Et cependant la région sublinguale nous a fourni matière à des observations d'un véritable intérêt pratique. La face inférieure de la langue est, en effet, de chaque côté du raphé médian, parcourue par les artères et veines dites *ranines* superficielles, de volume et de disposition variables, auxquelles aboutissent de nombreux capillaires. Chez une personne encore jeune, et à l'état normal, le système vasculaire sublingual est peu développé, et les veines principales seules apparaissent nettement sous la muqueuse; mais avec les progrès de l'âge, et surtout à la suite de certains états pathologiques, inflammations buccales, affections pulmonaires et cardiaques, etc., ces vaisseaux se dilatent, se multiplient; les veinules deviennent plus saillantes, flexueuses ou variqueuses, et les capillaires plus apparents. Souvent alors se montrent sur le trajet de ces petits vaisseaux des dilatations latérales sous forme de granules saillants ou de petites ampoules. Elles peuvent se rencontrer sur toute la surface inférieure de la langue, mais leur siège de prédilection est à 1 centimètre environ de l'extrémité de la langue, de chaque côté de la ligne médiane, ou vers la racine de cet organe. Leur nombre est très variable : tantôt ces dilatations ampullaires sont rares et disséminées, trois ou quatre au plus; tantôt en grande quantité et si rapprochées que, sur certains points, elles affectent la forme de grappes de raisin en miniature. Elles sont toujours de petit volume, parfois punctiformes et visibles seulement à la loupe, ordinairement plus volumineuses, mais ne dépassant pas la taille d'un grain de millet. Enfin, leur coloration est également différente suivant leur grosseur, et surtout suivant l'état de la circulation, parfois d'un rouge vermeil, le plus souvent violacée ou presque noire.

Ces dilatations sont de véritables petits anévrysmes miliaires produits par l'amincissement et la dilatation sacciforme des parois des petits vaisseaux, et tout à fait analogues d'apparence à ceux qu'on observe si souvent sur le trajet des vaisseaux et des plexus cérébraux. Et précisément il nous a paru qu'il y avait une relation étroite entre l'apparition de ces dilatations ampullaires de la langue et la formation des anévrysmes miliaires du cer-

---

bains publics, par les domestiques, par les joueuses de harpe, les *Kalatchnitzas* (boulangères de *Kalatch*, pain national favori, blanc ou gris, ayant la forme d'un cadenas), etc.

Le nombre des prostituées régulières dans les maisons *ad hoc* de la ville est de 20, toutes célibataires, Russes, âgées de 16 à 27 ans, pratiquant depuis deux ou dix ans, toutes d'une ignorance absolue, sauf une; 13 avaient eu la syphilis. Pendant la foire, qui avait commencé plus tôt cette année-là, dans les premiers jours de décembre, le contingent *officiel* s'éleva rapidement à 292, disséminées dans toutes sortes de baraques extemporanées reconnaissables à la lampe rouge qui est le signe caractéristique de ces établissements en Russie, tout comme la lanterne bleue en Chine. Les âges des 272 recrues varient entre 15 et 38 ans; environ 56,5 p. 100 ont entre 20 et 25 ans; 27,5 p. 100 entre 15 et 20; et 16 p. 100 entre 25 et 38. Quant à la nationalité, 245 étaient Grandes Russiennes, 25 Tartares, 1 Petite Russienne et 1 Allemande. En ce qui concerne la position sociale, 197 étaient des paysannes, les autres appartenaient à la classe des artisans, etc.; il y avait aussi plusieurs filles et veuves d'officiers de la couronne, et la fille d'un médecin. 12 seulement savaient lire et écrire, 14 autres seulement lire, les 246 autres étaient complètement illettrées; 229 étaient célibataires, 34 mariées et 9 veuves. De ces recrues, 84 seulement étaient des prostituées de profession (31 p. 100), tandis que les autres 69 p. 100 ne pratiquaient la prostitution que pendant la foire, puis retournaient à leurs occupations habituelles. Beaucoup d'entre elles venaient à la foire avec la permission de leur père ou de leur mari; c'étaient de véritables soutiens de famille.

veau ; par conséquent, l'examen du réseau capillaire sublingual pourrait, dans une certaine mesure, renseigner sur l'état de la circulation cérébrale, et l'apparition des anévrysmes miliaires de la langue peut faire redouter la production de lésions semblables dans les centres nerveux et, jusqu'à un certain point, permettre de les prévenir.

La muqueuse de la face inférieure de la langue, très mince, sans cesse lubréfiée par la salive, soumise à des tiraillements nombreux par les mouvements incessants de cet organe, est forcément très élastique et doit offrir une faible résistance à la pression excentrique. C'est pourquoi les petits vaisseaux s'y laissent plus facilement distendre qu'ailleurs et prennent fréquemment, avec l'âge, l'apparence variqueuse ou cirsoïde. Lorsque, sous l'influence de certains états diathésiques, qui entraînent l'altération des tuniques vasculaires, ou d'un excès de pression sanguine, les parois des petits vaisseaux deviennent incapables de résister à la tension artérielle, elles cèdent, se soulèvent ou se déchirent. Il en résulte, sur le trajet de ces vaisseaux, des protrusions ampullaires ou anévrysmes miliaires ; parfois même ces petites tumeurs se rompent et forment des hémorrhagies capillaires.

Or, ces lésions vasculaires nous ont paru constamment être sous la dépendance de la diathèse arthritique. Quelle que soit l'idée qu'on attache au mot d'*arthritisme,* il n'en reste pas moins l'appellation d'une grande diathèse dont les manifestations multiples (rhumatisme, goutte, gravelle, affections cardiaques, asthme, etc.) s'accompagnent à la fois de pléthore sanguine, de poussées congestives et d'altérations vasculaires (péri-artérite, athérome, dégénérescence granulo-graisseuse, etc.). Ce sont précisément les conditions étiologiques que nous avons signalées plus haut comme produisant les dilatations ampullaires de la langue. Ce sont elles qui président également à la formation des anévrysmes miliaires du cerveau et, partant, à la production des hémorrhagies cérébrales avec toutes leurs conséquences.

Rappelons en quelques mots les connexions étroites que la circulation

---

Toutes les prostituées, habituelles ou de passage, étaient atteintes plus ou moins de vaginite chronique. 3 avaient une syphilis secondaire bien évidente, 3 des chancres mous, 1 une vaginite virulente, 4 des manifestations de syphilis tertiaires et 48 des engorgements ganglionnaires consécutifs à des accidents secondaires.

Les chiffres suivants, relatifs à une période de cinq mois (de décembre 1883 à avril 1884) et pris dans les comptes rendus de la petite infirmerie Zemskaia d'Irbit, donnent une faible idée de l'influence pernicieuse de la foire sur la santé de la population locale.

Furent traités comme malades internes pendant cette période : *a*) pour gonorrhée, 19 femmes (y compris des non-prostituées) et 61 hommes ; *b*) pour chancres mous, 20 femmes et 14 hommes ; et *c*), pour syphilis secondaire, 17 femmes et 19 hommes ; total, 150 malades (56 femmes et 94 hommes). Un plus grand nombre, cependant, vont réclamer les soins des médecins de la ville dans leur pratique privée durant la même période. Naturellement, il est impossible de dire combien de visiteurs ont rapporté une maladie de la foire chez eux. C'est un fait, cependant, que les maladies vénériennes sont, en dépit de l'inscription et de la surveillance sanitaire des prostituées, probablement plus communes en Russie que dans tout autre pays du monde, et sans aucun doute cette situation est due en grande partie aux foires du même genre que celle qui vient d'être décrite par M. Zenkoff.

***

Le *British medical Journal* reproche vivement au gouvernement suisse d'avoir pris des

©BIU Santé

sanguine de la langue présente avec la circulation cérébrale. Les artères carotides externe et interne, qui naissent soit d'un tronc commun, soit d'origines très rapprochées, reçoivent la même pression sanguine, subissent les mêmes influences, et plusieurs de leurs branches émettent entre elles de nombreuses anastomoses. Les veines qui leur correspondent sont également soumises aux mêmes causes de stase sanguine et de dilatation, d'autant mieux que les veines linguales aboutissent souvent à la jugulaire interne aussi bien qu'à la jugulaire externe.

Il ne paraîtra donc pas étonnant que la circulation de la langue puisse fournir quelques indications sur la circulation du cerveau, et qu'on trouve dans l'examen des petits vaisseaux de la langue une espèce de *cérébroscopie linguale*, analogue par ses résultats à la cérébroscopie ophthalmique depuis longtemps démontrée par notre savant maître, M. le docteur Bouchut, mais révélée seulement par l'ophthalmoscope.

Du reste, les altérations diathésiques des vaisseaux ou capillaires cérébraux se retrouvent également et concurremment dans d'autres organes : poumon, muqueuse gastrique, etc. (Cf. Potain : *Cerveau : pathologie* in *Dict. encycl. des sc. méd.*, XIV, p. 226), et depuis longtemps déjà, dans une thèse restée classique, Liouville a signalé leur multiplicité en différents points sous le nom de *diathèse anévrysmatique généralisée* (thèses de Paris, 1870). En outre, les anévrysmes miliaires du cerveau ne sont pas seulement une lésion sénile; on les a rencontrés chez des adultes et même chez des jeunes gens (Brouardel : *Cerveau : pathologie*, in *Dict. encycl. des sc. méd.*, XIV, p. 351), et de même les dilatations ampullaires de la langue, bien que plus fréquentes dans un âge avancé, se rencontrent parfois de bonne heure, et dénotent une altération prématurée et pathologique des parois vasculaires. L'existence de quelques-unes de ces lésions visibles à la surface inférieure de la langue les rend accessibles à un examen même rapide, et leur donne par là même une véritable importance séméiologique et pronostique.

Des observations depuis longtemps suivies et répétées nous permettent,

---

mesures vexatoires contre les médecins anglais installés dans les stations d'hiver de ce pays, entre autres le docteur Tucker Wise, à Maloja; le docteur Holland, à Saint-Moritz, et le docteur White, dans le canton de Vaud. Ces honorables confrères, après avoir grandement aidé à développer la prospérité de ces stations, en y attirant les malades d'origine anglaise, assurés d'y trouver des médecins capables de comprendre leur langue, se voient menacés de quitter la situation qu'ils se sont créée par les contributions élevées (500 francs) que leur impose le gouvernement suisse. La conséquence immédiate de ces mesures peut retomber sur ces stations elles-mêmes; car, si les docteurs anglais se retirent, leur clientèle anglaise se retirera avec eux, et, comme elle compte pour environ 95 p. 100 dans l'afflux d'étrangers qui sont venus dans ces stations, on voit combien celles-ci perdront à ce changement de population. Le gouvernement suisse regardera certainement à deux fois avant de mettre à exécution les autres mesures dont il a, paraît-il, menacé les médecins anglais; car, outre l'injustice qu'il y aurait à déposséder ceux-ci de la situation qu'ils se sont acquise peu à peu, il en subirait lui-même les conséquences en forçant ces médecins à aller dans d'autres contrées plus hospitalières, où les suivrait certainement leur clientèle étrangère.

***

Comment on écrit l'histoire de la médecine dans les journaux littéraires :

Le *Petit Journal* raconte que la femme d'un cocher des environs de Naples est accouchée d'un enfant ayant une tête de cheval.

en effet, d'établir que les dilatations ampullaires ou anévrysmatiques des capillaires sublinguaux se rencontrent presque exclusivement chez les arthritiques, à tel point que nous oserions presque formuler cette proposition : si tous les arthritiques ne présentent pas des dilatations ampullaires de la langue, tous ceux qui en portent sont arthritiques. Il faut toutefois, pour qu'elles se produisent, que l'arthritisme ait exercé une action fâcheuse sur la structure anatomique des petits vaisseaux, et amené, comme nous l'avons dit, l'amincissement pathologique de leurs parois. Il appartient à des recherches ultérieures, qui ne sont pas de notre compétence, d'établir si ces lésions des petits vaisseaux portent sur leur gaine lymphatique, ou sur la tunique adventive des artérioles, et sont analogues à celles de la *périartérite scléreuse* du cerveau, si bien étudiée par Charcot et Bouchard (Charcot et Bouchard : *Recherches sur quelques points de la pathogénie des hémorrhagies cérébrales*, in *Archives de physiologie*, 1868. — Charcot : *Leçons sur les maladies des vieillards*, 1868-1869), ou tiennent à la sclérose de leur tunique interne (Zenker : *Mouvement médical*, 1873, p. 20).

Toutes les fois que la pression sanguine augmentera, quelle qu'en soit la cause, hypertrophie du cœur, pléthore sanguine, obstacles respiratoires, etc., ordinairement subordonnés à l'arthritisme, ces dilatations anévrysmatiques subiront une tension plus forte, au point même d'en amener la rupture. Or, tout individu qui présente des dilatations ampullaires de la langue peut être soupçonné d'être porteur d'anévrysmes miliaires du cerveau; et on sait les conséquences des hémorrhagies cérébrales qui reconnaissent cette cause. L'aspect des tumeurs miliaires de la langue, leur augmentation de volume, leur coloration plus ou moins foncée pourront donc souvent révéler au médecin l'augmentation de la tension vasculaire cérébrale, le mettre en garde contre l'apoplexie menaçante, et lui permettre d'en parer les coups funestes par une intervention active; en premier lieu, par les émissions sanguines, trop négligées ou trop tardivement employées aujourd'hui, et pourtant si utiles en pareil cas chez les arthritiques.

Il nous a même paru, d'après l'analyse de plusieurs cas d'hémorrhagie

---

Le *Matin*, qui a reçu la même nouvelle *par service spécial*, la rapporte ainsi :

« Plusieurs journaux de Naples racontent que la femme d'un cocher ayant continué, quoique enceinte, à remplir ses fonctions d'aide d'écurie, a accouché d'un fœtus ayant la *forme* d'un cheval. (Cette fois, ce n'est plus seulement la tête.)

« La mère est morte en couches; le fœtus est vivant.

« Le mari, qui est atteint d'une fièvre de cheval (lui aussi!), est moribond. »

Et dire qu'il y a encore des gens qui trouvent étrange qu'on ait attribué l'origine du tétanos au cheval!

Le *Gil Blas* nous donne d'autres détails sur cet événement mystérieux, mais ces détails n'éclaircissent pas le mystère :

« A Vicolo Mercanti, la fille d'un riche carrossier, mariée à un cocher, était enceinte. Elle n'en continuait pas moins à s'occuper des chevaux (pas comme aide d'écurie, probablement!).

« Hier, elle a accouché d'un cheval. Elle est morte des suites de l'accouchement. Le petit cheval vit.

« Le malheureux mari a été pris d'une fièvre violente et il est mourant. »

Conclusions : Ne pas laisser marier sa fille, quand on est un riche carrossier, avec un cocher, ni laisser ensuite la mariée s'occuper de chevaux; cette alliance d'homme et de femme de cheval ne peut évidemment donner naissance qu'à un cheval.

©BIU Santé

cérébrale, que les dilatations ampullaires de la langue coexistantes étaient plus développées ou plus nombreuses du côté correspondant au foyer hémorrhagique, par conséquent du côté opposé à la paralysie; mais ces observations sont encore en trop petit nombre pour que nous puissions en tirer des conclusions sérieuses.

Nous n'avons d'ailleurs aucune prétention à émettre une théorie absolue. Nous avons tiré d'observations répétées, et qui nous ont paru neuves et intéressantes, des corollaires qui, depuis longtemps, nous ont guidé, et avec succès, dans la pratique, soit au point de vue de la diététique et des précautions préventives chez les porteurs de dilatations ampullaires de la langue, considérés comme arthritiques et menacés d'accidents cérébraux congestifs ou hémorrhagiques, soit au point de vue de l'intervention thérapeutique, quand ces accidents sont devenus imminents ou se sont déjà produits avec plus ou moins de gravité. Cette note n'a pour but que d'appeler l'attention sur les faits qu'il nous a été donné de rencontrer et d'apprécier; nous serions heureux de voir nos assertions confirmées par des observations ultérieures.

REVUE DES JOURNAUX

Ponction du cœur dans la syncope chloroformique. (*Centralblatt f. Chirurgie*, 1887 n° 43.) — Pour démontrer l'effet de la ponction du cœur dans la syncope chloroformique, B. A. Watson a fait de nombreuses expériences sur les animaux. Il déterminait chez eux la syncope en leur faisant respirer le chloroforme à doses modérées et continues ou à doses massives. L'accident produit, il attendait de une à quatre minutes, puis il enfonçait, à travers la paroi thoracique, une aiguille dans la région cardiaque. L'aiguille atteignit 38 fois le ventricule droit, 6 fois le ventricule gauche, 3 fois la veine cave supérieure, 2 fois la veine cave inférieure, 2 fois la pointe du cœur. Des 38 animaux chez lesquels l'instrument intéressa le ventricule droit, 9 furent rappelés à la vie. L'opération n'est pas dangereuse; il n'y eut d'hémorrhagie que dans les lésions des veines caves.

Un autre journal nous raconte (je crois me rappeler que c'est Jean de Paris, du *Figaro*) que Calino, voyant sa maîtresse prise d'un violent saignement de nez, pense à l'arrêter en procurant une grande surprise à la dame. Il s'avance donc le sourire sur les lèvres, une grosse clé à la main, et s'écrie à peu près :

« Que madame veuille bien me pardonner la liberté grande, mais je veux faire une surprise à madame, en lui fourrant cette clé dans le dos pour arrêter le sang! »

La dame a été prise d'un tel fou rire que l'hémorrhagie s'est arrêtée net.

Quoi d'étonnant? Depuis Galien, on sait que l'épistaxis qui se fait par la narine gauche est sous l'influence de la rate. Jean de Paris ne nous dit pas si le sang coulait par la narine gauche, mais je le suppose. Galien recommandait, pour arrêter le sang en pareil cas, de mettre des ventouses sur la rate; or, ne sait-on pas que rire et se dilater la rate sont synonymes? Donc, en *fou riant*, comme disait Toppfer, la dame de Calino s'est dilaté la rate, et le sang s'est arrêté comme cela arrive quand on applique une révulsion quelconque, ventouse ou vésicatoire, sur la région splénique.

Quoi qu'il en soit de l'explication, je me promets bien d'essayer ce moyen, qui réunit les trois conditions essentielles de tout bon médicament, c'est-à-dire de pouvoir être appliqué *tuto, cito,* et *jucunde.*

SIMPLISSIME.

L'auteur conclut de ses expériences que la ponction du cœur, et spécialement la ponction du ventricule droit, en excite la contractilité et qu'on peut recourir avec avantage à cette opération dans les cas de syncope chloroformique. — Ch. S.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Additions à la séance du 14 mai.

Expériences comparatives sur la respiration élémentaire du sang et des tissus, par MM. Gréhant et Quinquaud. — « Spallanzani a montré que le sang à poids égal absorbe beaucoup moins d'oxygène que la chair; en plaçant des animaux inférieurs dans des atmosphères d'azote et d'hydrogène pur, il reconnut qu'ils exhalent de l'acide carbonique en quantité égale et même supérieure à celle qu'ils dégagent dans l'air. Ces expériences furent répétées et reconnues exactes par William Edwards.

Paul Bert a repris l'étude de la respiration des tissus et il a démontré que les tissus placés dans du sang oxygéné consommaient des quantités inégales d'oxygène.

Les physiologistes ont beaucoup discuté pour savoir si les oxydations se passent dans le sang ou dans l'intimité des tissus, et, aujourd'hui, les expérimentateurs ne sont pas d'accord sur ce point.

Pour éclaircir cette question, MM. Gréhant et Quinquaud ont institué un certain nombre d'expériences : les unes ont été faites avec le sang seul, les autres avec du sang dans lequel on immergeait un certain poids de muscles frais.

Le procédé expérimental est le suivant : dans un flacon de 100 c. c. plein d'air, on introduit 25 c. c. de sang; on ferme avec un bouchon et l'on extrait aussitôt, avec la pompe à mercure, les gaz fournis par l'air et par le sang.

La même expérience est répétée, mais le flacon est maintenu et agité, de une heure à trois heures, dans un bain d'eau chauffée à 40°; on extrait de nouveau les gaz et l'on compare les résultats avec ceux qui ont été fournis par la première expérience. On n'obtient, en opérant ainsi, que de très petites différences, des dixièmes de centimètre cube, pour l'acide carbonique produit et pour l'oxygène consommé, ce qui prouve que les phénomènes de respiration élémentaire dans le sang ont une très faible intensité : le sang ne respire presque pas.

Les choses se passent tout autrement si l'on ajoute au sang et à l'air un certain poids, 20 grammes, de muscles frais de chien; MM. Gréhant et Quinquaud ont obtenu, dans ces conditions, au bout d'une heure d'agitation, 7 c. c. d'acide carbonique et, au bout de deux heures, 13 c. c. d'acide carbonique, volume à peu près double; puis l'oxygène fourni par le sang et par l'air était absorbé en grande quantité : au bout de deux heures, le sang était devenu noir, tandis qu'il reste parfaitement rouge lorsqu'il est agité seul avec l'air dans les mêmes conditions.

Il résulte donc de ces expériences que le sang est simplement *un porteur d'oxygène*, et que les globules sanguins, au point de vue respiratoire, se comportent autrement que les éléments des tissus. »

Sur le Batjentjor et son principe actif, la vernonine, nouveau poison du cœur, par MM. Edouard Heckel et F. Schlagdenhauffen. — Il existe, sous le nom de *Batiatior* ou mieux *Batjentjort*, sur la côte occidentale d'Afrique, une plante dont la racine se vend sur les marchés de Saint-Louis à titre de fébrifuge. Des échantillons authentiques permettent de rapporter avec certitude au *Vernonia nigritiana* (Oliver et Hirn) cette drogue, dont les propriétés ont été aussi mal définies qu'exagérées.

Cette matière est composée de nombreux faisceaux mesurant 0m,20 à 0m,30 de long, grêles, jaune grisâtre extérieurement, et se réunissant en grand nombre à une souche noueuse, bosselée, inégalement sphérique au collet et recouverte en ce point de poils soyeux, gris et serrés.

©BIU Santé

Certains auteurs ayant affirmé les propriétés émétiques de cette racine, qu'on a même comparée à l'*ipéca* (par rapprochement sans doute des Rubiacées avec les Composées), les auteurs y ont recherché tout d'abord, mais sans succès, l'*émétine*. La recherche des alcaloïdes est restée également infructueuse, mais ils ont constaté que l'extrait alcoolique de la résine contient un glycoside.

Ce corps se présente sous la forme d'une poudre blanche légèrement hygroscopique dont la solution est d'un jaune pâle. L'éther et le chloroforme n'en dissolvent que des proportions minimes. Ces solutions évaporées laissent un dépôt d'aspect résineux complètement incolore, dont le caractère le plus saillant est la coloration brune au contact de l'acide sulfurique, coloration qui passe au violet pourpre et s'y maintient plusieurs heures.

Quand on injecte à une grenouille, sous la peau de la cuisse, quelques centigrammes d'extrait alcoolique en solution aqueuse, on constate aussitôt une paralysie du membre intéressé. Si la dose est assez forte, le cœur cesse de battre au bout de quelque temps, comme après une injection d'extrait de *digitale*, de *Convallaria maialis* ou de *Strophanthus hispidus*, et autres poisons végétaux du cœur. La *vernonine* agit de la même façon.

Une injection à la dose de 0 gr. 02 à une grenouille fait naître quelques troubles cardiaques, mais ils sont passagers. A la dose de 0 gr. 04, on trouve d'abord une légère diminution de l'amplitude des mouvements du cœur; puis, après quinze minutes, on compte vingt-quatre battements à la minute au lieu de trente-trois, chiffre normal. Peu après, l'aiguille du cardiographe traîne sur le cylindre et ne se relève que deux ou trois fois par minute. A de rares intervalles, ces arrêts sont interrompus par le gonflement de la pointe du cœur par suite du fonctionnement des oreillettes. Au bout de quarante-cinq minutes, le cœur s'arrête complètement, l'aiguille ne donne plus qu'une ligne droite. La grenouille détachée du cardiographe succombe au bout de huit heures. A la dose de 0 gr. 090, même marche des phénomènes, mêmes résultats cardiographiques, mais l'animal meurt au bout de trois heures.

Des expériences faites sur les pigeons, il résulte qu'à la dose de 0 gr. 15 (à laquelle on arrive progressivement) l'animal succombe au bout de quinze heures : il est couché la tête serrée contre la poitrine. A l'autopsie, on trouve le cœur en systole. A la dose de 0 gr. 25, l'animal cesse de vivre douze heures après l'injection. Même lésion pathologique.

En somme, la racine de *Vernonia nigritiana*, contrairement à ce que son emploi thérapeutique pouvait permettre de supposer, est sans doute la première plante de la famille des Composées contenant un principe actif comparable à la digitaline, à l'intensité d'action près. La toxicité de la *vernonine* est, en effet, quatre-vingts fois moins accusée, sous la même dose, que celle de la digitaline. Cette racine ne renferme pas d'émétine.

Le mouvement de la population en Allemagne, d'après M. Ch. Grad. — Au dernier recensement fait le 1er décembre 1885, l'empire d'Allemagne comptait une population de 46 millions 855,000 habitants. En 1870, le nombre d'habitants présents sur le même territoire s'élevait à 40,816,000, y compris la population nouvellement annexée de l'Alsace-Lorraine. Il y a donc eu, dans l'espace de quinze ans, une augmentation de 6,039,000 individus, répondant à un accroissement proportionnel de 1 p. 100 par année et à un accroissement total de 402,600 sujets, déduction faite du nombre des émigrants. Après les traités de 1815, les pays de la Confédération germanique, qui font partie de l'Allemagne unifiée d'aujourd'hui, comptaient ensemble 24 millions d'habitants seulement. Comparée à l'empire allemand, la France accuse des progrès beaucoup plus lents : le nombre d'habitants recensés en 1881 atteignant à peine le total de 37,321,000, contre 32,560,000 en 1831, un demi-siècle auparavant, l'augmentation annuelle s'élève à 0,3 p. 100 pendant cette période et tend à se ralentir de plus en plus. Depuis quinze ans, l'excédent des naissances sur les décès est de six à sept fois moindre en France qu'en Allemagne.

Le territoire actuel de l'Allemagne a une superficie de 540,518 kilomètres carrés. Si la population spécifique moyenne est de 86 individus par kilomètre carré, il y a de grandes

différences d'une province ou d'un Etat à l'autre. Dans le royaume de Saxe, on compte par kilomètre carré 198 habitants contre 78 en Prusse et 34 seulement dans le duché de Mecklembourg-Strelitz. En Prusse même, les deux provinces orientales de Kœnigsberg et de Dantzig présentent une densité de 54 habitants par kilomètre carré, contre 147 dans la province du Rhin. On constate une émigration considérable des districts agricoles vers les centres industriels.

D'accord avec les faits anthropologiques, avec l'observation des caractères corporels, l'histoire du mouvement des migrations à l'intérieur de l'Allemagne montre l'introduction d'éléments divers dans la population actuelle de l'empire. Il n'y a pas de race allemande à caractères nettement définis, propres à tous les sujets de l'empire. La taille et la forme du crâne varient, comme la couleur des yeux et des cheveux. Un relevé fait dans toutes les écoles de l'empire, d'après les instructions de M. Virchow, constate que les enfants à yeux noirs et à cheveux bruns sont dans le rapport de 23 à 33 avec les enfants à yeux bleus et à cheveux blonds en Prusse et en Bavière. Ces différences de couleur, de forme et de taille constatées chez les Allemands de nos jours, nous éloignent beaucoup de la race pure et de l'air de famille attribués aux Germains du temps de Tacite. A défaut d'unité dans les caractères corporels, le gouvernement s'efforce de réaliser l'unité de langage, en imposant l'usage de la langue allemande aux populations annexées de nationalité étrangère. Telle est la rigueur mise à cette œuvre de germanisation que, dans un temps assez proche, les sujets de langue étrangère devront être fondus dans la masse du peuple parlant allemand. Au recensement du 1er décembre 1880, sur un total de 45,234,000 sujets de l'empire, les Allemands figurent pour 41,512,000, les Polonais pour 2,860,000, les Français pour 300,000, les Danois pour 150,000, les Lettons pour 150,000, les Wendes pour 137,000, les Tchèques pour 34,000. Pourtant, le nombre de sujets non allemands d'origine dépasse de beaucoup ce total officiel de 3,722,000 individus, répondant à une proportion de 8 p. 100.

Pendant les quinze années de 1871 à 1885, il y a eu en Allemagne, sur 1,000 habitants de population moyenne, annuellement 8.3 mariages, 40.0 naissances, 28.3 décès, soit un excédent de 11.7 p. 100 de la natalité sur la mortalité. Au point de vue de l'état civil, le rapport des naissances illégitimes aux naissances légitimes a varié entre 8 et 10 p. 100, suivant ces années. Par rapport à la répartition des sexes, les derniers recensements accusent 103, 9 individus féminins pour 100 individus masculins en Allemagne, en regard de 100,9 individus féminins contre 100 masculins en France. Remarquons que, si la natalité est supérieure pour la nation allemande, la mortalité des Allemands a oscillé entre 27 et 30 p. 1000 pendant la dernière période décennale, contre 23 à 24 en France.

Sous le rapport de l'aptitude pour le service militaire, les opérations du recrutement pendant la période décennale de 1876 à 1885 indiquent un nombre de 542,843 conscrits arrivés à l'âge de vingt ans, une année dans l'autre. Sur ce nombre moyen de 542,843 conscrits inscrits sur les rôles, 64,552, plus 13,178 volontaires, sont pris pour le service immédiatement et 248,970 ont été ajournés. Comme ces sujets de constitution trop faible, sans être impropres au service, sont ajournés pendant deux années, les hommes appelés sous les drapeaux ont dans la règle de 21 à 23 ans lors de leur incorporation. Sur 1,246, 691 individus soumis annuellement à la revision, de 1876 à 1885, il y a eu 542,843 hommes âgés de 20 ans, 369,915 âgés de 21 ans, 272,954 âgés de 22 ans, le reste au-dessus de cet âge. Parmi ces hommes, 157,017 sont entrés au service, tandis que 82,100 ont été exemptés à un titre quelconque. La proportion des sujets exempts ou réformés pour incapacité corporelle atteint en moyenne 6.6 p. 100.

En résumé, le mouvement de la population en Allemagne fait constater, avec un total de 46,855,000 habitants recensés en 1885, la présence de 86 personnes par kilomètre carré, au lieu de 72, moyenne de la France. Année moyenne, de 1871 à 1880, le nombre total des naissances, étant de 937,243 en France, s'élève à 1,771,334, ou près du double, dans l'empire allemand. Chaque année, l'Allemagne compte 1 naissance sur 25 habitants, la France 1 sur 37. Par contre, le nombre des mariages s'élève chez l'un et l'autre à 8 environ par an et par 1,000 individus. Sur 100 femmes nubiles en Allemagne, 52 seulement sont mariées, 3 divorcées ou veuves, 45 filles. Au nombre de 10,350,140 dans tout

©BIU Santé

l'empire, les femmes nées entre les années 1828 à 1868, âgés de 17 à 50 ans, représentent 21 p. 100 de la population totale. La proportion des enfants au-dessous de 15 ans étant de 34 par 100 habitants en Allemagne, contre 27 en France, les Français comptent un nombre relatif supérieur d'adultes en état de travailler et de produire, quoique les Allemands reprennent l'avantage pour le nombre total absolu des producteurs.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 12 mai 1888. — Présidence de M. DE RANSE.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La correspondance imprimée comprend, outre les journaux et revues habituels, les *Annales de l'Académie de médecine de Rio-Janeiro*, III, nos 2-3, et le *Bulletin* de la même Académie, 3e année, nos 6-15.

M. LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL fait part à la Société de la disparition de la Société de médecine de Strasbourg, supprimée par l'autorité allemande sans qu'aucun fait spécial ait paru motiver cet acte de rigueur. Fondée en 1842, la Société de médecine de Strasbourg a été constamment fidèle à ses statuts, qui voulaient « qu'elle servît de point de réunion aux médecins de Strasbourg et du Bas-Rhin, et leur donnât l'occasion de s'entretenir de leur science commune »; il n'est pas nécessaire de rappeler l'éclat qu'ont jeté sur ses travaux les maîtres de l'Ecole de Strasbourg. La Société de médecine de Paris déplore profondément la suppression d'une Société avec laquelle elle n'a jamais cessé d'être en rapports scientifiques; elle ne saurait oublier les services que la Société de Strasbourg a rendus à la science et à la profession, et elle tient à consigner à son procès-verbal l'expression de ses regrets.

Hystérectomie vaginale.

M. POLAILLON : Messieurs, je vous ai présenté, il y a quinze jours, un utérus que j'avais enlevé le matin même, 28 avril, par la voie vaginale. Aujourd'hui, je viens vous donner des nouvelles de mon opérée, la nommée Pl..., âgée de 49 ans, qui m'avait été adressée par notre confrère le docteur Letellier.

L'opération a été faite pour un épithélioma du col pénétrant dans le corps de la matrice. Elle a été rendue difficile par l'impossibilité d'abaisser l'utérus par suite de la friabilité des tissus, qui se déchiraient sous l'influence de la traction des pinces. J'ai donc dû détacher l'utérus de ses adhérences à la vessie, en agissant dans la profondeur du vagin et en guidant les instruments avec l'extrémité de mon index gauche. L'utérus étant libéré en avant, il fut plus facile de le libérer en arrière en incisant le cul-de-sac postérieur du vagin.

Cela fait, deux longues pinces à pression continue furent placées sur le ligament large gauche. Ce ligament fut ensuite coupé entre ces pinces et le bord de l'utérus. Le corps de l'utérus fut alors attiré vers l'entrée de la vulve. Le ligament large droit fut saisi entre les mors d'une longue pince, et sectionné en rasant le bord droit de l'utérus. L'opération était ainsi terminée.

Il fut nécessaire d'appliquer trois autres pinces à pression continue pour assurer l'hémostase. En tout, six pinces étaient placées dans le fond du vagin.

Le pansement a consisté en un tamponnement du vagin avec une queue de cerf-volant en gaze iodoformée.

Les six pinces furent retirées au bout de quarante-huit heures, sans que le tamponnement du vagin fût enlevé en même temps.

Tous les jours, une injection d'une solution de sublimé au millième était faite à l'entrée du vagin.

Les tampons furent retirés successivement entre le quatrième et le cinquième jour.

Il n'y eut presque pas de fièvre. La température la plus élevée fut de 38°2 le lendemain de l'opération. En même temps, le pouls monta jusqu'à 136. Puis tout rentra dans l'ordre.

La miction fut toujours spontanée et facile.

Au bout de quinze jours, la patiente quittait le pavillon spécial de la Pitié pour rentrer dans la salle commune. Aujourd'hui, on peut la considérer comme guérie; mais, je dois faire toutes réserves sur la possibilité d'une récidive, soit dans les ligaments larges, soit dans les ganglions iliaques ou lombaires. En effet, cette belle opération de l'hystérectomie vaginale est très souvent suivie d'une récidive, pour peu que le cancer utérin soit déjà à une période avancée.

On doit donc pratiquer l'hystérectomie vaginale, comme d'ailleurs toutes les opérations qui s'adressent à des affections cancéreuses, de bonne heure, de très bonne heure, afin de mettre de son côté toutes les chances d'une guérison radicale.

J'ai mis sous vos yeux l'utérus enlevé. Indépendamment de l'épithélioma qui avait rongé le col, on trouvait, dans le tissu du corps, des noyaux, gros comme des pois, qui semblaient être des productions fibro-sarcomateuses.

— M. Dubrisay lit une observation d'*intoxication par les moules*. (Sera publiée.)

M. Duguc : Il ne me semble pas douteux que chez le malade de M. Dubrisay il n'y ait eu intoxication. Peut-être la rapidité avec laquelle se sont montrés les accidents tient-elle à ce qu'on avait servi les moules avec l'eau dans laquelle on les avait cuites et qui aurait été le véhicule de l'agent toxique. Quant à la différence d'action suivant les personnes, elle n'est pas facile à expliquer.

M. Dubrisay : Comme pour tous les empoisonnements, il faut tenir compte des dispositions individuelles ; certains individus résistent mieux que d'autres. Puis, il faut remarquer que sur la quantité des moules servies, il n'y en a qu'un petit nombre, 2, 3, qui sont toxiques. Dans l'ouvrage sur les *Ptomaïnes* de Weigert, c'est toujours de cette façon que l'empoisonnement s'est produit : sur trois ou quatre personnes ayant mangé les moules, une seule a été malade. Mais il y a des exceptions. On prétend qu'il y a quatre principes toxiques, dont l'un, la *ptomaïne*, très actif, ne se trouve que dans le pied de la moule.

M. Reliquet : Il faut tenir un grand compte du milieu où vit la moule. Je connais en Bretagne plusieurs petits ports où les moules sont absolument mauvaises; quand on veut en manger, il faut les chercher ailleurs. Dans une localité, il existe en un point très limité du minerai cuivrique; les moules qui y vivent ont un goût de cuivre tout à fait désagréable et ne sont pas mangeables. Ce que je dis des moules est vrai de tous les autres produits de la mer, huîtres, poissons, etc. En outre, il y a une susceptibilité individuelle pour tout ce qui vient de la mer, que certaines personnes ne supportent pas.

M. Tissier : Je me range absolument aux remarques de M. Reliquet; pour apprécier les accidents, il faut surtout tenir compte de l'idiosyncrasie.

M. Larroque présente quelques observations dans le même sens.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

FORMULAIRE

Bain contre le psoriasis syphilitique. — Gilles de la Tourette.

Bichlorure de mercure.....	1 gramme.
Chlorhydrate d'ammoniaque.....	1 —

Mêlez pour un paquet. — On dissout ce paquet dans deux litres d'eau tiède, et on prend, le matin et le soir, un bain local d'un quart d'heure, dans le cas de psoriasis palmaire et plantaire syphilitique. — N. G.

COURRIER

Distinctions honorifiques. — M. le docteur Mandon, professeur à l'Ecole de médecine de Limoges, est nommé officier de l'instruction publique.

©BIU Santé

— M. le docteur Ambroise Monprofit, ancien interne des hôpitaux, est chargé d'une mission en Suisse et en Autriche, à l'effet d'y étudier l'organisation hospitalière et le fonctionnement de l'enseignement chirurgical.

— M. le docteur Félix Lejars, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris, est chargé d'une mission gratuite en Allemagne, en Autriche et en Russie, à l'effet d'étudier certaines questions relatives à l'organisation scientifique des hôpitaux de ces pays.

NOTE MINISTÉRIELLE RELATIVE AUX PRIX A DÉCERNER AUX MÉDECINS MILITAIRES, EN 1889. — Par application des dispositions de la décision ministérielle du 5 juin 1883, instituant des prix en vue d'encourager les travaux scientifiques des officiers du Corps de santé militaire, le ministre de la guerre a décidé que les sujets traités pour les prix à décerner, en 1889, seront laissés au choix des candidats; mais ils seront inédits et se rapporteteront exclusivement à la médecine ou à la chirurgie d'armée.

Les médecins militaires qui prendront part au concours devront, autant que possible, faire transcrire leur mémoire par une main étrangère, et seulement sur le recto de chaque page.

Les mémoires seront renfermés dans une enveloppe scellée, portant une épigraphe et cette mention en gros caractères : « Concours pour le prix de médecine et de chirurgie. Ne pas ouvrir. »

L'épigraphe sera répétée sur une autre enveloppe plus petite, scellée de trois cachets à la cire, et contenant la signature, les nom, prénoms, grade et emploi de l'auteur.

Le tout sera placé dans une enveloppe portant comme suscription : « Monsieur le ministre de la guerre. Direction du service de santé. »

Les mémoires devront parvenir directement, et sans aucun intermédiaire, au ministre, avant le 15 novembre 1889.

SERVICES DENTAIRES GRATUITS DANS LES BUREAUX DE BIENFAISANCE. — Le Conseil municipal de Paris vient de décider la création de services dentaires gratuits dans les bureaux de bienfaisance et les maisons de secours, et de charger de cette organisation l'Ecole dentaire de Paris, qui avait pris l'initiative de la proposition.

Dans le cours de la discussion qui a précédé le vote, il a été rendu hommage à l'Ecole dentaire de Paris, que le Conseil municipal subventionne, et qui, depuis 1880, date de sa fondation, non seulement travaille avec succès au relèvement scientifique de l'art dentaire français, en instruisant les jeunes dentistes, mais encore s'efforce de compléter l'œuvre de l'assistance publique en créant et en multipliant, pour les pauvres, les lieux de consultation et de traitement des affections des dents.

La création des services dentaires gratuits dans les bureaux de bienfaisance est un nouveau pas dans cette voie.

On ne peut que féliciter l'Ecole dentaire de la rue Richer de son heureuse initiative.

(*Bull. méd.*)

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE. — Séance du 28 mai 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Schwartz : Du diagnostic des tumeurs liquides du sein. — 2. M. Courtade : Bons effets de la saignée dans l'adipose cardiaque (travail de candidature). — 3. M. Cadet de Gassicourt : Cas d'intoxication par l'oxyde de carbone. — 4. M. Duchesne : Phénomènes nerveux de constriction du pharynx et de sputation. — 5. Election d'un membre titulaire.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent de l'appétit et relèvent très rapidement les forces.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. G. Sée : Des pseudo-anémiques (2e groupe). — II. Contributions récentes à l'étude des néoplasmes. — III. Revue des journaux : L'antipyrine dans l'asthme. — Maladies des enfants. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Des pseudo-anémiques (2e groupe) (1).

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

LES ÉPUISÉS NERVEUX OU ÉNERVÉS.

L'épuisement d'origine nerveuse est habituellement rattaché soit à l'excès de travail intellectuel, soit aux chagrins, aux préoccupations, aux affections psychiques, soit à certaines névroses, qu'on peut qualifier de marastiques, soit enfin à l'onanisme, à la débauche et aux pollutions involontaires.

Parmi ces causes d'épuisement, il en est une que nous récuserons, c'est la première: nos arguments nous seront fournis par l'étude de la constitution du tissu nerveux. En dehors de la névroglie qui soutient et unit les diverses parties de ce système, on y trouve : des matières albuminoïdes, analogues à la caséine, qui forment la partie active des cellules nerveuses et des cylindraxes; — des matières grasses, telles que la lécithine, riche en phosphore et pauvre en azote, et des lécithines impures, plus azotées, qui représentent des mélanges de principes encore mal déterminés et qui correspondent à la cérébrote de Couerbe, au protagon de Liebreich, à la cérébrine de Frémy, à la névrine ou choline de Würtz; — puis de la créatinine et de l'acide urique; — enfin la cholestérine, qu'on retrouve dans le sang, dans la rate, dans le foie, et qui joue dans le système nerveux un rôle fondamental, puisque d'après Flint le sang carotidien en contient 0,0774 p. 100 et qu'au sortir de l'encéphale le sang en renferme 0,08. A ces substances, il importe d'ajouter l'eau, qui se trouve ici dans la proportion de 65 à 85 p. 100, et les principes minéraux, parmi lesquels on note, dans les cendres, le potassium dans la proportion de 48 p. 100, et l'acide phosphorique dans la proportion de 32 p. 100. Or, d'après Mosler et Byasson, sous l'influence des fonctions cérébrales, le chiffre des phosphates alcalins diminue, tandis que le chiffre des phosphates terreux s'accroît. C'est donc un changement de constitution des phosphates qui mesure le travail cérébral. Mais il n'y a pas de dénutrition des matières albuminoïdes du tissu nerveux dont l'usure se traduirait (comme pour la grande fatigue musculaire) par une production d'urée. Durant le travail cérébral, comme au repos, le tissu nerveux continue à se nourrir des éléments du sang; la ligature des artères nourricières supprime aussitôt toute excitabilité dans le cerveau. Vous pouvez travailler sans craindre d'user vos cellules ner-

(1) Suite. — Voir le numéro du 19 mai 1888.

©BIU Santé

veuses; seulement gardez-vous de vous exposer en même temps aux dangers de l'apnéisme, dont les conséquences sont trop généralement encore attribuées, sans raison aucune, au *prétendu surmenage intellectuel*.

Mais lorsqu'au lieu d'occupations intellectuelles exagérées, il s'agit de *préoccupations* psychiques, d'anxiétés morales, de soucis d'affaires, par exemple, de craintes relatives à une carrière menacée ou à l'avenir des enfants, enfin de chagrins domestiques divers, la question doit être envisagée autrement; car il y a autre chose en jeu qu'une simple opération intellectuelle, et je constate dans ma clientèle que la plupart de ces malheureux (qu'il faut d'ailleurs apprendre à confesser ou plutôt encore à deviner) se plaignent de leur estomac et sont en réalité dyspeptiques. Faut-il attribuer au pneumo-gastrique dont l'inhibition serait corrélative de l'excitation permanente des départements nerveux consacrés aux phénomènes d'imagination, la perversion des sécrétions gastriques, tantôt hyperchlorhydriques et tantôt anachlorhydriques? Quoi qu'il en soit, vous devez, en présence des effets généralement négatifs de tous les antispasmodiques dont on abreuve en vain ces malades, chercher avant tout à prévenir l'inanition à laquelle leur dyspepsie les conduit. Il sera d'autant plus nécessaire, pour atteindre ce but, de vous ingénier à présenter les éléments nutritifs sous une forme acceptable par le malade, que d'une part celui-ci est anorexique, et que, d'autre part, s'il est hyperchlorhydrique, il aura besoin de *dévorer* des aliments justiciables de l'acide chlorhydrique, c'est-à-dire de la viande, pour ne pas se ronger lui-même, ainsi qu'il ressort des observations recueillies sur un sujet opéré par M. Terrillon et porteur d'une fistule gastrique; s'il sagit, au contraire, d'un anachlorhydrique, c'est en diminuant dans le régime du malade la proportion de la viande que vous aurez à soutenir et à relever sa nutrition, avec tous les ménagements imposés par sa dyspepsie.

Il est une autre forme d'épuisement d'origine nerveuse, qui se rattache à certaines névroses et qui aboutit aussi à l'inanition, le plus souvent, ajouterai-je, à l'inanition volontaire. Ces *névroses graves*, qu'on pourrait qualifier de *marastiques*, et qui ne concernent point les hystériques ni les hypnotisées vulgaires, ont été étudiées surtout en Amérique, par Weir Mitchell en particulier; il s'agit ici de ces jeunes filles ou de ces femmes dont la névrose est caractérisée, notamment par l'horreur du monde, par le refus de manger et par un état de marasme consécutif tellement sérieux qu'il aboutit fréquemment à la mort. C'est pour elles que Weir Mitchell, Playfair, Leyden et Charcot ont institué un traitement spécial, consistant dans un isolement complet ou dans un changement de milieu aussi absolu que possible, dans une surveillance toute particulière du régime qui se limite, au début du moins, à quelques grammes de lait écrémé, plus tard additionné d'une quantité très minime de viande, puis dans un exercice musculaire, souvent nul dans les premiers jours, principalement passif ensuite, et remplacé parfois entièrement par la pratique du massage et de l'électrisation. Dans ces cas de névrasthénie gastrique, où l'alimentation est si difficile à obtenir et où les sujets deviennent en réalité des inanitiés, on arrive assez souvent, lorsqu'on recherche l'origine de cette névrose et lorsqu'on parvient à conquérir la confiance des malades, à l'aveu de quelque *pensée secrète* qui accapare et gouverne l'imagination avec la constance d'une *obsession* véritable. J'ai recueilli plus d'une fois des confidences dans le genre de celle-ci : « Je déteste mon père... Je ne peux pas souffrir ma

mère, parce qu'elle aime mon père... Et je veux mourir ou faire tel mariage... » Et Lasègue, qui avait observé aussi des cas de ce genre, qualifiait ces névropathes d'*anorexiques aliénées*. — Si vous ne parvenez pas à gagner leur confiance et si vous n'arrivez pas à les persuader de vouloir leur propre nutrition, tous vos efforts thérapeutiques demeureront stériles et la mort sera le résultat, souvent prochain, de l'inanition plus ou moins volontaire de ces névropathes.

Quant à l'*énervement des onanistes, des débauchés et des spermatorrhéiques*, il n'a rien de commun avec ces épuisements nerveux qui aboutissent à l'inanition, pas plus qu'avec l'anémie, d'ailleurs. Les onanistes sont généralement des enfants ou des adolescents, hâves, tristes, taciturnes, et recherchant l'isolement; leur amaigrissement porte presque uniquement sur le tissu adipeux et ne touche guère le système musculaire; loin d'être anorexiques, ils mangent beaucoup, la plupart du temps, et conservent parfois leur énergie au point de vue intellectuel et physique. C'est la santé apparente qui semble être surtout altérée; leur sang n'offre aucun des caractères de l'anémie, et la série des affections attribuée par Tissot aux conséquences de l'onanisme est singulièrement inexacte. — On ne trouve pas davantage, chez les jeunes filles livrées à cette habitude, les caractères hématologiques ni les signes physiques propres à la chlorose : au lieu de la teinte spéciale des téguments et de la conservation du tissu adipeux qui laisse encore aux chlorotiques une physionomie intéressante et des formes agréables, la teinte terreuse de la peau et la dureté des contours amaigris donnent souvent aux masturbatrices un aspect peu attrayant. — Le diagnostic exact (que vous aurez soin d'ailleurs de ne pas formuler sans euphémismes) sera ici nécessaire, d'autant plus que les parents, en vous présentant leurs enfants, les qualifieront d'anémiques, d'autant plus aussi que cette épithète acceptée par d'autres médecins aura entraîné pour les malades un traitement ferrugineux ou iodé de plus en plus mal toléré, d'autant plus enfin que le pronostic est bien différent de celui de la chlorose, qui souvent ne cesse qu'après la croissance.

Quant à la liste des altérations graves que Tissot a mises sur le compte de l'onanisme ou de la débauche et de ses raffinements, elle n'a fait que vulgariser beaucoup trop une erreur d'interprétation : sans parler ici de l'infection scrofulo-tuberculeuse devant laquelle les forts et les faibles nous apparaissent égaux aujourd'hui, je constate que les relations de l'onanisme, avec l'aliénation, l'épilepsie et l'ataxie, sont inverses de celles qu'indique cet auteur beaucoup trop vanté; c'est en conséquence de leur inconscience que les aliénés et les idiots s'adonnent sans vergogne à cette pratique, à défaut d'autre occupation. En dehors des cas d'idiotie, les épileptiques ou les choréiques et les hystériques n'y sont guère portés que dans une mesure égale à celle des autres enfants. Enfin, chez les ataxiques, j'ai pu constater maintes fois que la salacité, au lieu d'être la cause du mal, ne fait que traduire, au début de l'affection nerveuse, les premiers effets de l'irritation médullaire.

Plus avisé, Lallemand rapportait toutes ces maladies à l'influence des pollutions (volontaires ou involontaires). S'il est incontestable que ces pertes rapprochent, pour une part du moins, l'épuisement d'origine nerveuse de l'épuisement d'origine sécrétoire, le lien qu'il a cru devoir établir entre les maladies du système nerveux et les habitudes vicieuses ou les pollutions n'en est pas moins fantaisiste. Il est à noter seulement que

©BIU Santé

l'énervement n'intervient pas dans le second cas autant que dans le premier, qui est justiciable, avant tout, de l'éducation et de la surveillance hygiénique. Pour enrayer les pollutions involontaires, je vous engage à associer l'iodure de potassium à la digitale ou à l'antipyrine afin de supprimer les érections, et à rejeter l'usage des bromures qui augmenteraient la débilitation de ces malades; tonifiez encore, au printemps, leur organisme à l'aide des douches ou des bains froids; accordez-leur alors l'usage modéré et normal des plaisirs sexuels, et n'oubliez pas de combattre, le soir au moment du coucher, l'influence congestionnante de la réplétion du rectum sur les organes génitaux.

Contributions récentes à l'étude des néoplasmes.

I

Les tumeurs malignes de la prostate, par Engelbach. (Thèse de Paris, 1888.)

Les néoplasmes de la prostate sont moins rares qu'on ne l'a dit; ils sont le plus souvent primitifs (90 p. 100 des cas); 10 fois sur 100 les observations concernent des enfants de 1 à 10 ans.

Les néoplasmes de la prostate sont constitués le plus souvent par du carcinome (86 fois sur 100), celui-ci débute dans les culs-de-sac glandulaires. Le sarcome se rencontre exceptionnellement.

Les connexions de la glande, sa richesse en lymphatiques expliquent : la diffusion presque constante, étendue et rapide (carcinose prostato-pelvienne diffuse), l'envahissement des os, vésicules séminales, etc. L'envahissement de la vessie n'est pas la règle, c'est au contraire un fait exceptionnel.

Le plus souvent les symptômes prédominants sont des troubles fonctionnels de l'appareil urinaire, l'hématurie manque souvent. Les douleurs ont une grande importance, elles affectent quelquefois un type particulier rappelant les crises des tabétiques, avec irradiations dans la verge et sur le trajet de plusieurs nerfs du plexus hypogastrique. Chez d'autres malades il y a fonctionnement presque régulier de l'appareil urinaire, mais au contraire celui du rectum est très entravé.

La marche est d'autant plus rapide que le sujet est plus jeune. La durée varie de trois mois à cinq ans au maximum. L'exploration de la cavité pelvienne et l'existence des douleurs irradiées sont les meilleures bases du diagnostic. La gravité du pronostic, l'acuité de certains symptômes (obstruction rectale, rétention complète) autorise une intervention opératoire palliative (colotomie ou prostatomie). L'ablation de la tumeur est au contraire inutile, à cause de la rapidité de la diffusion.

II

Des tumeurs malignes du rein, par Eug. Guillet. (Thèse de Paris, 1888.)

Les tumeurs malignes du rein peuvent être ramenées à deux variétés principales : l'épithélioma et le sarcome. Le sarcome s'observe chez l'enfant et chez l'adulte, l'épithélioma chez l'adulte et le vieillard.

Les symptômes par lesquels ces néoplasmes révèlent leur présence sont :

1° Une tumeur abdominale, siégeant dans le flanc et dans la région lombaire, susceptible de *ballotter* quand on l'explore suivant le procédé de M. Guyon (avec une main glissée à plat sous la région lombaire et l'autre placée sur la paroi abdominale dans un point diamétralement opposé) — et présentant au devant d'elle une zone sonore ou un ruban arrondi, verticalement dirigé, correspondant au côlon ;

2° Un varicocèle, siégeant du même côté que la tumeur ;

3° Des hématuries répétées, revenant spontanément à des intervalles d'abord éloignés ;

4° Des douleurs ayant pour siège l'une des régions lombaires et pouvant s'irradier le long de l'uretère sous forme de colique néphrétique ;

5° Un mauvais état général, lequel survient généralement d'une façon tardive.

Ces tumeurs se présentent sous deux types cliniques : 1° la forme complète, qui est constituée par l'ensemble des symptômes énumérés ci-dessus et en particulier par la coexistence d'hématuries et d'une tumeur abdominale; 2° la forme incomplète dans laquelle les hématuries manquent souvent. La première de ces formes se rattache plutôt à l'épithélioma, la seconde au sarcome ; mais ces deux variétés de tumeurs malignes du rein n'ont pas de caractères différentiels bien nets.

La marche de l'épithélioma est relativement lente, plus lente que celle des carcinomes des autres viscères ; la marche du sarcome varie avec l'âge du malade ; celle du sarcome de l'enfant est très rapide, bien plus rapide que celle de l'épithélioma et surtout que celle du sarcome de l'adulte.

La généralisation est fréquente ; d'après les relevés de M. Guillet, elle existerait presque toujours dans l'épithélioma et dans la moitié des cas du sarcome.

Aussi les indications de la néphrectomie sont-elles restreintes ; cette opération pourra être indiquée, lorsque le diagnostic aura été fait d'une façon précoce, ce qui est difficile, ou lorsqu'à une période plus avancée le chirurgien se trouvera en face d'une tumeur à marche lente survenue chez un adulte vigoureux. Chez l'enfant, cette opération sera réservée à des cas particulièrement favorables ; chez le vieillard, elle devra être rejetée d'une façon générale.

III

DU CANCER DE LA GLANDE SOUS-MAXILLAIRE, par R. JOULIARD. (Paris, 1888.)

Le cancer peut se montrer primitivement dans les trois glandes salivaires. Celui de la glande sous-maxillaire forme, avec l'adénome et l'enchondrome le groupe des tumeurs solides de cette glande. Il offre avec le cancer des autres glandes salivaires des différences anatomiques et symptomatiques.

Représenté uniquement par l'épithéliome dans la sublinguale, et presque toujours par le sarcome dans la parotide, le cancer se montre dans la sous-maxillaire sous la forme de sarcome, de carcinome et d'épithéliome avec une fréquence sensiblement égale.

Toujours simple dans la sublinguale, le cancer est presque toujours complexe, mixte dans la parotide.

Dans la sous-maxillaire la pureté du cancer est la règle ; la complexité, l'exception. Dans ce dernier cas, l'élément surajouté est le tissu cartilagineux.

Le cancer de la glande sous-maxillaire n'a pas de symptômes caractéristiques. Dans la moitié des cas, ses symptômes et sa marche sont ceux d'une tumeur bénigne.

La généralisation est exceptionnelle ; elle a été observée dans un cas de chondro-carcinome et s'est faite aux dépens des deux éléments constituants de la tumeur.

Le diagnostic est des plus délicats : il est souvent très difficile et quelquefois impossible de reconnaître le siège glandulaire et la nature maligne de la tumeur.

Celle-ci doit toujours être extirpée par la région sous-maxillaire. Dans les cas rares où elle proémine surtout du côté de la bouche, l'ablation par la voie buccale doit être rejetée, car elle expose le malade à tous les dangers de la septicémie. — P. L. G.

REVUE DES JOURNAUX

L'antipyrine dans l'asthme. — Nous trouvons dans le *New York med. Journ.* du 18 février 1888, le fait suivant qui nous paraît digne d'attention : A. E., ouvrier, âgé de 60 ans, est entré à l'hôpital de Louisville (Kentucky), dans le service du docteur John L. Dodge, le 16 novembre 1887. Il était asthmatique depuis 3 ans, et avait des accès presque toutes les nuits. Le cœur était sain, les organes de la respiration sans bronchite, et il y avait très peu d'emphysème. Du 16 novembre au 17 décembre, le malade eut un ou deux accès chaque nuit, et parfois un accès le jour. Les traitements les plus accrédités parurent d'abord diminuer la violence des paroxysmes, mais sans aucune influence sur leur fréquence; puis, ils perdirent toute action, et les accès devinrent plus fréquents et plus graves. Le 17 décembre, le docteur Dodge prescrivit l'antipyrine en trois doses

BIU Santé

d'un gramme chacune, échelonnées dans la journée et la soirée. Il n'y eut qu'un accès léger dans la nuit. Cette prescription fut répétée le 18, et suivie des mêmes bons effets. Le 19 décembre, l'antipyrine fut administrée, à la dose de 30 centigrammes, toutes les trois heures dans le jour, et à la dose d'un gramme, deux fois dans la nuit. Ce traitement fut maintenu jusqu'au 23 décembre, et abandonné, attendu que les accès avaient entièrement cessé. Quelques troubles se montrèrent du côté de l'estomac, mais cédèrent promptement au moyen de traitement appropriés. Le 6 janvier 1888, le malade n'avait eu aucun retour de ses accès d'asthme. — Notre confrère reconnaît tout ce qu'il y a, en général, d'insuffisant dans l'exhibition d'un cas isolé ; mais ici, le soulagement a été si remarquablement rapide et si complet qu'il n'hésite pas à publier ce fait, qui semble, d'ailleurs, ouvrir une nouvelle voie à l'emploi thérapeutique de l'antipyrine. Nous ajouterons qu'il importe de remarquer que, dans ces cas, il n'y avait aucune lésion organique. — R.

MALADIES DES ENFANTS.

De la typhlite stercorale chez les jeunes sujets et de la péritonite qui l'accompagne. — Typhlo-péritonite à début péritonéal (*périty phlite dite primitive*), par J. Besnier. — L'auteur a établi dans un important et consciencieux mémoire les points suivants :

Au point de vue anatomique, la typhlite stercorale peut prendre la forme plegmoneuse (Duguet). Dans cette forme, l'inflammation atteint la couche celluleuse sous-jacente à la muqueuse cœcale, et donne lieu à un véritable phlegmon qui se développe sans qu'il y ait nécessairement perforation intestinale et se termine par suppuration ou gangrène. Même dans ce dernier cas, la guérison peut avoir lieu grâce à l'élimination des parties sphacélées par les garde-robes, ainsi que cela résulte d'une remarquable observation de M. J. Besnier.

Au point de vue clinique, et quelle que soit sa forme anatomique, la typhlite stercorale peut se montrer brusquement et s'accompagner, dès son début, d'une péritonite qui se localise dans la région cœcale et dont les symptômes sont tout d'abord prédominants. Ces faits, qui sont plus fréquents chez les jeunes sujets que chez les adultes, ont été considérés par certains auteurs comme des phlegmons idiopathiques et décrits sous le nom de périty phlites primitives. La dénomination qui leur convient est celle de typhlite et péritonite ou de *typhlo-péritonite à début péritonéal*. Dans ce cas, la typhlite et la péritonite ne forment pour ainsi dire qu'une seule maladie, dont la marche est aiguë, et dont la terminaison est précédée ou accompagnée d'évacuations intestinales plus ou moins abondantes et se fait le plus souvent par résolution.

En rapprochant ces faits de ceux qui portent le nom de périty phlites secondaires, on s'aperçoit que, sous cette dernière dénomination, ont été compris deux ordres d'accidents quant au siège de l'inflammation périty phlitique : 1° des péritonites circonscrites qui elles-mêmes peuvent être simples, ou bien s'accompagner de plegmon, par suite de la propagation de l'inflammation du péritoine au tissu cellulaire voisin ; — 2° des inflammations phlegmoneuses, débutant par le tissu cellulaire rétro-cœcal et s'accompagnant de péritonites partielles.

La première forme inflammatoire des typhlo-péritonites simples ou compliquées de phlegmons répond le plus souvent aux périty phlites bénignes et résolutives. Sa dernière, qui est très rare, constitue la périty phlite proprement dite, et répond plus particulièrement aux périty phlites suppurées. Pour la désigner de la précédente, M. J. Besnier propose de la désigner sous le nom de *typhlo-cellulite*, qui, en indiquant son siège et sa nature, ferait cesser toute confusion entre les différentes espèces de périty phlites. (*Revue des maladies de l'enfance*, mars, avril, mai 1888.)

Obstruction de la trachée après la trachéotomie, par Delassus (de Lille). — L'auteur signale à côté des complications connues de la trachéotomie (obstruction de la *canule*, broncho-pneumonie, bronchite pseudo-membraneuse), une complication qui n'a presque pas attiré l'attention jusqu'ici : c'est l'obstruction de la *trachée*, au-dessous de la canule, par le dessèchement des produits de sécrétion du conduit respiratoire.

L'introduction d'un air chaud et très humide préviendra le dessèchement et la bronchite, cause principale des sécrétions.

La production de vapeur dans toute la chambre par l'ébullition presque continue de l'eau contenue dans un récipient, est le moyen le plus simple, le plus rationnel et le plus sûr d'obtenir cet air chaud et humide nécessaire. Il est préférable aux pulvérisations, inhalations, aux compresses humides appliquées au devant de la canule que recommandent quelques auteurs.

L'obstruction une fois produite devra être traitée par les instillations d'eau tiède, les titillations de la trachée au moyen d'une plume et la saturation rigoureuse de l'air par la vapeur d'eau. « L'introduction de l'eau dans les voies respiratoires, dit Archambault, ne cause pas d'accidents. Dans l'espace de six jours, j'ai projeté dans la trachée d'un enfant, qui a guéri, au moins 500 grammes d'eau tiède. » (*Revue des maladies de l'enfance*, mai 1888.)

Guérison instantanée de la coqueluche, par Mohn, de Christiania (*Union médicale du Canada*, janvier 1888). — C'est par les fumigations sulfureuses que ce médecin a guéri plusieurs de ses propres enfants presque instantanément, dit-il. Voici comment il conseille d'opérer. Les enfants sont, le matin, vêtus de linge propre et transportés ailleurs. Dans la chambre à coucher et dans la pièce où séjournent habituellement les malades, on suspend la literie, les habits, les jouets, tout ce qui ne peut être lavé. On brûle 25 grammes de soufre par mètre cube dans les pièces à désinfecter, et on laisse le gaz sulfureux faire son effet pendant cinq heures. On expose ensuite à l'air les effets, la literie; on aère les chambres largement, et, le soir, l'enfant couche dans une chambre et dans un lit entièrement désinfectés... Et l'enfant est guéri de la coqueluche?

P. L. G.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 mai. — Présidence de M. Polaillon.

M. Verneuil présente le cinquième volume de ses mémoires de chirurgie.

— M. Terrillon rapporte les cas de castration qu'il a eu occasion de pratiquer. Sur 6 cas déjà anciens, il n'a eu qu'une mort le soixantième jour par des phénomènes d'étranglement. Récemment il vient de faire deux nouvelles opérations.

Dans la discussion entamée à la précédente séance, on a laissé de côté les indications. Or, depuis qu'il est chirurgien de la Salpêtrière, M. Terrillon a fait tous ses efforts pour les établir et a eu des résultats assez intéressants en examinant les cavités utérines des femmes atteintes de corps fibreux. Il pose en axiome que toute femme qui a un fibrome, surtout moyen, avec des hémorrhagies, a la cavité utérine augmentée. Cette cavité atteint 12, 14 centimètres et même plus. Quand les dimensions sont peu accrues, 11, 12 centimètres, les pertes sont presque toujours intermittentes et surviennent au moment des règles. Quand, au contraire, la cavité atteint 18, 20, 23 centimètres, souvent alors les hémorrhagies sont continues. Dans l'intervalle des règles, les femmes perdent du sang et des mucosités sanguinolentes, façon de perdre particulière en cas de grandes cavités utérines. Du reste, il est bien entendu que toutes les femmes à grand utérus n'ont pas des pertes.

La castration a surtout de bons effets lorsque la cavité utérine a autour de 12 centimètres. Quand ces dimensions sont dépassées, l'opération ne doit pas être bonne, et il est évident que, dans ces cas, les corps fibreux doivent être très volumineux. L'hystéromètre ordinaire, en métal, est inutile pour bien établir les dimensions de l'utérus; il blesse et est souvent difficile à introduire. La petite bougie en gomme est trompeuse, car elle se fléchit. M. Terrillon a donc fait fabriquer un petit hystéromètre facile à désinfecter, curviligne, donnant non seulement la notion de la profondeur, mais celle de la direction; une aiguille reproduit, en effet, la courbure qu'il prend. L'instrument n'a que

©BIU Santé

15 centimètres de long; quand il ne touche pas le fond de l'organe, on se sert de la sonde. C'est grâce à l'emploi de son hystéromètre qu'il a pu arriver à ses conclusions.

Dernièrement, M. Terrillon a opéré une femme portant un corps fibreux de la grosseur d'une tête d'adulte, très mobile, n'ayant pas de pertes proprement dites, mais perdant continuellement une certaine quantité de sang; la malade souffrait de douleurs horribles et était très affaiblie. Fallait-il faire la castration ou l'hystérectomie? La cavité entière étant examinée attentivement, il s'est décidé pour l'amputation de l'organe, et a bien fait, car il a vu une cavité petite, tout à fait en avant et n'ayant rien à faire avec le fibrome. A l'ouverture de l'abdomen, il vit que la tumeur était sphacélée et l'enleva.

Il y a huit jours, chez une deuxième femme avec un utérus semblant rétroversé, il reconnut en arrière une masse fibreuse et enleva à la fin les ovaires et deux fibromes, un grand et un petit.

Les altérations des trompes et de l'ovaire sont fréquentes dans les cas de fibrome et on peut voir de la salpingite ou de l'hémato-salpingite. Il y a quelquefois de grandes difficultés à extraire les ovaires qui sont très profondément placés en arrière; avec de la patience, on arrive souvent à les mobiliser.

M. Richelot fait sur le même sujet une communication, qui sera publiée dans un prochain numéro.

M. Terrier a pratiqué 7 fois l'opération de Battey. Dans un cas, il y avait un kyste de l'ovaire en même temps qu'un fibrome; la malade guérit, mais l'utérus ne diminua pas. Dans un deuxième cas, il y avait des papillomes de l'ovaire; la castration complète fut des plus pénibles, et il faut la faire complète, car, sans cela, les règles reviennent. Deux autres opérations lui firent rencontrer des salpingites en même temps que les fibromes.

La grande difficulté, quand on opère, est de connaître l'état des ovaires, de telle sorte que l'on ne sait jamais si l'on ira plus loin que l'opération de Battey. Les adhérences peuvent être très résistantes, les vaisseaux très volumineux. L'opération peut être fort longue et la mort survenir par épuisement.

Une des interventions fut pratiquée sur une femme qui avait un utérus énorme avec pertes abondantes et suppuration. Au moment de l'opération, la malade était exsangue et on dut aller très vite; tout fut terminé en treize minutes. Le résultat fut très bon au point de vue des règles, qui ne reparurent pas, mais la malade fut atteinte, le vingt et unième jour, d'un abcès des parties profondes tenant à ce que la désinfection de l'utérus avait été forcément incomplète.

Il n'y a pas de règles absolues pour poser les indications de l'opération, et il faut se rappeler que la castration, quand elle est difficile, est presque aussi grave que l'ablation du fibrome tout entier par la voie abdominale.

M. Terrier a observé deux fois la rupture de la cicatrice. Dans les deux cas le fond de la plaie était occupé par l'épiploon; la rupture survint pour l'un le septième, pour l'autre le onzième jour. La persistance de la tumeur qui distend la paroi, l'abondance des pertes de sang qui entravent la réparation sont sans doute les causes de l'accident. Il faut appliquer deux plans de suture, l'un profond, l'autre superficiel et les laisser longtemps en place, surtout le second.

M. Pozzi fait remarquer qu'il y a trois sortes de castration : celle de Battey, contre les fibromes; celle de Hégar, hémostatique; celle de Lawson-Tait, contre les phénomènes pseudo-métritiques que l'on voit, par exemple, dans les salpingites.

— M. Brun communique deux observations d'anévrysme poplité guéri par la ligature de la fémorale.

— M. Chavasse lit une observation d'ostéomyélite de la tête humérale.

— M. Schwartz montre un sein enlevé à une femme, qui présentait depuis plusieurs mois une petite tumeur ressemblant à un adénome. Autour d'elle, s'était produit dans ces derniers temps un sarcome fuso-cellulaire environné de petits kystes analogues à ceux que l'on décrit dans la maladie kystique de la mamelle. — P. C.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 25 mai 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Pathogénie et traitement de l'hémoglobinurie. — Hémoglobinurie dans l'ictère grave. — De la périostite varioleuse. — Bonnet compresseur pour le traitement des céphalées hystériques et épileptiques.*

M. A. Robin a formulé dans une précédente communication une théorie pathogénique de l'hémoglobinurie, dans laquelle entrent en jeu un trouble général de la nutrition et un trouble local des reins d'ordre congestif. Une autopsie récente vient de donner la confirmation anatomique de cette dernière lésion. M. Robin avait dans son service une femme de 73 ans, atteinte depuis longtemps de néphrite interstitielle et qui présentait des troubles gastro-œsophagiens, causés par un rétrécissement de la partie inférieure de l'œsophage avec dilatation de l'estomac. Un jour, surviennent des douleurs de reins, l'estomac devient absolument intolérant par urémie gastrique, mais alors se montre un accès d'hémoglobinurie qui dure quarante-huit heures et se juge par une polyurie relative. Quelque temps après, cette femme est atteinte d'une pneumonie avec retour des vomissements incoërcibles, et au huitième jour l'hémoglobinurie reparaît avec ischurie (50 grammes par vingt-quatre heures). Mort.

Le premier accès d'hémoglobinurie s'est accompagné évidemment d'accidents urémiques; malgré le peu d'alimentation que prenait la malade, la poussée de congestion rénale ayant subitement réduit son pouvoir d'excrétion, il en était résulté une insuffisance rénale aiguë. En résumé, dilatation de l'estomac et rétrécissement de l'œsophage ayant très notablement gêné l'alimentation, néphrite interstitielle de vieille date bien tolérée, parce que, l'alimentation et l'assimilation étant réduites, le rein n'avait à fournir qu'un faible travail, puis, congestion rénale, engendrant concurremment de l'hémoglobinurie et une insuffisance d'excrétion génératrice elle-même d'urémie.

L'autopsie prouva l'existence de la congestion rénale, qui, bien que paraissant à l'œil nu intense et généralisée, se montrait au microscope répartie en ilôts; M. le professeur Renault, ayant fait l'examen d'une coupe de ces reins, déclara que « ce rein, déjà lésé par la néphrite interstitielle chronique, avait été annulé par un coup d'œdème congestif. » M. Robin pense donc que *la congestion est la condition locale efficiente de l'hémoglobinurie*. Mais, pourquoi la congestion dans le cas précité a-t-elle produit l'hémoglobinurie plutôt que l'albuminurie et l'hématurie, comme cela est d'ordinaire? C'est à l'abaissement considérable du taux de la nutrition chez sa malade que M. Robin attribue cette anomalie. Au moment du coup d'œdème congestif, globules rouges et blancs se sont répandus dans le tissu conjonctif qui sépare les tubuli et la capsule de Bowmann; les globules blancs, plus aptes à la défense, ont résisté, tandis que les rouges, plus vulnérables à cause de leur dignité fonctionnelle plus élevée et rendus plus débiles par l'inanition, ont succombé sur le coup, quand ils ont été privés du plasma qui les protège et placés dans un milieu anormal. Ainsi, l'hémoglobinurie réclame deux facteurs : le premier, préparatoire, est une altération de la nutrition diminuant la vitalité des globules du sang; le second, déterminant, est un processus de dissolution rénale à début congestif.

Parmi les causes du trouble nutritif originel, on peut ranger tantôt l'inanition progressive comme dans le cas actuel, tantôt une fatigue excessive provoquée par la marche, et suivie d'un excès de désassimilation azotée, tantôt la syphilis, l'impaludisme. M. Robin propose de classer les diverses hémoglobinuries en deux classes :

1° Les hémoglobinuries vraies, qui réclament deux actes pathogéniques associés : l'un, d'ordre général et prédisposant, est caractérisé par tout trouble de la nutrition qui a pour résultante d'amoindrir la vitalité des hématies; l'autre, d'ordre local et déterminant, est une poussée congestive du côté du rein.

Cette première classe peut, elle-même, se subdiviser en trois variétés :

A. L'hémoglobinurie paroxystique provoquée par le froid ou la marche. La modification nutritive antécédente est produite par la syphilis, l'impaludisme, l'uricémie, etc., ou par tout autre état pathologique influençant les échanges de façon à diminuer la

©BIU Santé

résistance des globules rouges, soit directement, soit indirectement. L'acte déterminant, c'est la poussée congestive rénale. Qu'il soit direct ou réflexe, il a pour caractère essentiel d'être passager; il appartient donc aux mouvements d'ordre fluxionnel, et c'est précisément cette sorte d'instantanéité, suivie d'une prompte détente, qui cause et caractérise l'allure paroxystique de cette première variété d'hémoglobinurie.

B. Si l'acte rénal prend la forme d'un réel et durable mouvement congestif, l'hémoglobinurie ne sera plus paroxystique au sens propre du mot. Elle pourra durer plusieurs jours, et ne constituer, dans la plupart des cas, que le premier acte de la congestion rénale aiguë primitive; cette congestion rénale elle-même pourra parcourir rapidement ses divers stades, ou dégénérer en une véritable néphrite d'origine congestive.

C. La troisième variété peut être représentée par l'observation précédemment résumée, c'est-à-dire par l'accès d'hémoglobinurie, non paroxystique, survenant au cours d'une néphrite d'ancienne date et provoquée par une poussée congestive du côté du rein.

A ces trois variétés d'hémoglobinurie, on pourrait donner les dénominations suivantes :

Hémoglobinurie paroxystique simple.

Hémoglobinurie prénéphrétique ou prébrightique.

Hémoglobinurie postnéphrétique ou postbrightique.

2° Les hémoglobinuries de la seconde classe n'ont pas besoin, pour se produire, du concours de deux facteurs pathogéniques. La diminution de résistance des globules rouges entre seule en ligne de compte. L'acte rénal n'a nul besoin d'intervenir; l'hémoglobine, dissoute dans le plasma sanguin, filtre à travers le glomérule ou les cellules à bâtonnets des tubuli contournés, en vertu de ses propriétés exosmotiques, et si les autopsies ont alors révélé des altérations rénales, elles étaient certainement secondaires, soit à l'élimination du poison destructeur des globules rouges, soit à l'irritation produite dans le rein par l'excrétion d'un produit anormal, tel que l'hémoglobine, pour le rein.

Toute cette seconde classe d'hémoglobinuries ressortit aux hémoglobinuries toxiques. Incontestablement, ici, il s'agit d'abord d'une hémoglobinémie. Certains poisons détruisent les globules rouges dans le sang lui-même; c'est le cas de l'hydrogène arsénieux, du chlorate de potasse, du naphtol, de l'acide pyrogallique, de l'iode, de la glycérine, de certains champignons, etc.; d'autres paraissent ne pas détruire complètement les globules rouges, mais seulement en séparer la matière colorante; ainsi, l'aniline dissocie l'hémoglobine du stroma, qui apparaît alors sous forme d'un anneau globulaire.

Jusqu'à présent, aucune règle fixe ne paraît avoir présidé à la thérapeutique de l'hémoglobinurie. C'est la pathogénie seule qui doit faire les indications du traitement.

D'abord, il faudra déterminer la nature du processus d'ordre général qui, par l'intermédiaire d'un trouble de la nutrition, diminue la résistance des globules rouges du sang.

Aux syphilitiques, on opposera le traitement spécifique; aux paludéens, les préparations de quinquina et le sulfate de quinine; aux anémiques, les toniques et les ferrugineux; aux uricémiques, les benzoates et les arsénieux, etc. En un mot, on traitera la maladie prédisposante, considérée en elle-même et dégagée de sa complication hémoglobinurique.

Pour prévenir le second facteur indispensable à la production de l'hémoglobinurie, congestion rénale, refroidissement, fatigues, excès vénériens, traumatisme lombaire, excès alcooliques, le malade sera tenu au repos. On évitera sévèrement toute occasion de refroidissement; il sera vêtu de flanelle. Barlow avait proposé d'habituer peu à peu les sujets à l'action du froid, par les bains et douches froids ou refroidis progressivement, mais ils paraissent souvent avoir aggravé la maladie.

On supprimera aussi les boissons alcooliques, et l'on engagera le malade à s'abstenir pendant un certain temps de tout acte vénérien.

Il importera également de surveiller de très près l'alimentation et de soumettre chaque malade à un régime qui variera suivant l'affection générale prédisposante qu'on aura dépistée. En tout état de cause, les aliments oxaliques (oseille, tomates, etc.), ceux qui renferment beaucoup de matières extractives (viandes marinées, charcuterie, etc.), ceux

qui exercent une action spéciale sur le rein (asperges, épices, thé, café, bière) devront être interdits.

Pendant les paroxysmes, le séjour au lit et le régime lacté feront tous les fais de la médication.

MM. Rendu et Millard objectent à M. Robin que des états cachectiques graves avec troubles profonds de la nutrition ne produisent pas d'hémoglobinurie, tandis que celle-ci survient sous l'influence du froid chez bon nombre de sujets en pleine santé.

M. Robin répond que l'apparence la plus complète de la santé peut dissimuler un trouble réel de la nutrition.

M. Ballet cite un cas d'hémoglobinurie au cours d'un ictère grave chez un enfant de 11 ans 1/2 qui mourut en trois ou quatre jours; les urines rougeâtres qu'il émit étaient colorées uniquement par de l'hémoglobine et ne contenaient pas de globules. La destruction des globules rouges peut avoir été le résultat de la toxémie de l'ictère.

M. Robin ne connaît jusqu'ici aucun fait semblable. C'est à joindre aux hémoglobinuries d'ordre toxique, mais ici par poisons autochtones.

M. Siredey demande quel était l'état de santé de l'enfant quand éclata cet ictère grave foudroyant.

M. Ballet sait qu'il avait eu un ictère à l'âge de 2 ou 3 ans, et qu'il avait conservé depuis ce temps de l'hypertrophie du foie, mais il était considéré comme bien portant. Sauf un peu de constipation, on ne releva aucun symptôme prodromique avant le malaise, l'accablement, l'ictère et le coma qui survinrent si rapidement.

— M. Barié rapporte 4 observations de périostite dans la convalescence de la variole et termine par les conclusions suivantes :

1° La périostite doit prendre place parmi les nombreuses complications de la variole, mais si l'on en juge par la rareté des faits publiés, elle paraît peu fréquente;

2° Elle survient pendant la convalescence de la variole, en général de la quatrième à la sixième semaine, et se montre de préférence chez les adolescents ou les adultes jeunes qui n'ont point encore terminé leur travail de croissance;

3° Elle peut être circonscrite à un seul os, ou envahir plusieurs points du squelette, sans que ceux-ci aient aucun rapport de voisinage;

4° La périostite varioleuse siège sur les os longs, généralement au niveau de la diaphyse ou à l'union de celle-ci avec l'épiphyse; elle a une prédilection marquée pour les membres inférieurs et spécialement pour le tibia;

5° La maladie est caractérisée par une douleur spontanée, plus ou moins vive, accrue par la pression et les mouvements, et par un gonflement notable de la région malade, dans lequel on distingue un empâtement profond, en rapport immédiat avec l'os sous-jacent ; la peau conserve son aspect habituel et sa coloration normale ;

6° L'affection est apyrétique et se termine par résolution dans un espace de temps, variant de deux à six semaines environ ; elle peut laisser après elle des périostoses plus ou moins persistantes ; les rechutes ne sont point rares.

7° Le traitement de la maladie est fort simple : le repos du membre malade, l'enveloppement dans des cataplasmes émollients ; dans d'autres cas, l'emploi des vésicatoires ou de quelques emplâtres résolutifs, suffisent à assurer la guérison;

8° La périostite varioleuse procède directement de l'agent infectieux qui préside à toutes les manifestations cliniques de la variole ; la fatigue qui accompagne nécessairement les premiers pas, la marche ou simplement la station debout durant la convalescence en sont les causes occasionnelles les plus fréquentes ;

9° Les caractères qui viennent d'être énumérés appartiennent à ce qu'on pourrait appeler la forme subaiguë, ou encore bénigne de la périostite varioleuse. L'analogie étroite qui la rapproche de certaines autres périostites infectieuses, telles que celle qu'on observe dans la convalescence de la fièvre typhoïde par exemple, permettent de supposer qu'à côté de la forme bénigne, il existe des formes graves, se terminant souvent par

©BIU Santé

suppuration avec ostéite, nécrose et même ostéo-myélite. Cette variété créée ici *a priori*, a besoin d'être établie définitivement par des observations ultérieures.

— M. Féré rappelle que Briquet avait signalé les avantages de la compression contre les céphalées des hystériques ; il a imaginé cette compression avec une calotte capitonnée avec 2 kilogr. de plomb de chasse. La compression ainsi faite amène souvent le soulagement de la douleur et prévient aussi la production des spasmes convulsifs que la prolongation de la céphalée entraîne souvent chez les hystériques et épileptiques.

FORMULAIRE

Insufflations contre la coqueluche. — Bachen.

Chlorhydrate de quinine.....	10 grammes.
Benjoin pulvérisé.....	0 gr. 50 centigr.

Mêlez. — On insuffle 2 grammes de ce mélange dans les narines, dans l'espace de 24 heures. On se sert pour cela d'une pièce qui s'ajuste sur l'orifice nasal, et qui permet de ne rien perdre de la poudre. — L'auteur estime que la cause qui provoque les crises de coqueluche a son siège dans les fosses nasales, et il affirme qu'après quelques jours de l'emploi de cette poudre, les quintes et les accès de suffocation diminuent de fréquence et d'intensité. — N. G.

COURRIER

Conseil d'hygiène publique et de salubrité du département de la Seine. — Voici quels sont les résultats des mesures récentes prises pour la mise en fourrière des chiens errants :

Du 1er au 25 avril, 3,153 chiens ont été conduits à la fourrière, dont 2,069 pour Paris et 84 pour la banlieue. 85 de ces animaux, porteurs d'un collier indiquant le nom de leurs maîtres, et réclamés dans les trois jours, ont été rendus à leurs propriétaires. Les autres ont été sacrifiés.

M. Dujardin-Beaumetz a donné lecture du rapport ci-après :

Le 1er février dernier, un enfant de six ans et demi, en allant acheter des bonbons chez un épicier, voulut caresser et jouer avec un chien en lui prenant les pattes. Ce chien paraissait gai, mais tout à coup il mordit très vivement l'enfant aux deux lèvres, puis prit la fuite. Cet animal était errant et peu connu dans le quartier ; il ne portait pas de collier, et, depuis la morsure de l'enfant, on ne l'a point revu. L'enfant fut immédiatement conduit près d'un médecin, et, devant les affirmations de l'épicier, qui soutenait que le chien n'était pas malade, le médecin se contenta de faire une suture des lèvres. Ce sont ces mêmes informations qui ont empêché de conduire l'enfant à l'Institut Pasteur. Le 3 avril apparaît l'hydrophobie. On conduit alors l'enfant à l'Institut Pasteur, où l'on reconnaît tous les symptômes de la rage, et l'enfant meurt le surlendemain, 5 avril, à quatre heures du matin. Dans cette observation, bien que nous n'ayons aucun renseignement sur le chien et qu'il n'y ait pas d'inoculations avec le bulbe de l'enfant, nous pouvons affirmer néanmoins le diagnostic de la rage. L'incubation ici a été de cinquante jours.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Donnezan (de Perpignan), Evrard (de Beauvais), Fournet (de Versailles) et Lesson (de Rochefort).

ATHREPSIE. — *Vin de Bayard à la peptone phosphatée.* — 2 cuillerées par jour.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. P. Duroziez : Angio-sclérose. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Salon de 1888. — V. Analyse du Lait d'Arcy.

Angio-sclérose.

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 25 février 1888.

Par le docteur P. Duroziez.

L'artério-sclérose a un rôle important; la phlébo-sclérose n'en a pas un moindre, et probablement le terme angio-sclérose s'appliquerait au plus grand nombre des cas. Nous devons tenir autant compte de la circulation veineuse que de la circulation artérielle. Le travail des veines est aussi utile que celui des artères; suivant leur état, la circulation se fait bien ou mal dans les différentes parties du corps. Partout où les veines ont perdu leur tonicité, il y a embarras de la circulation, congestion, œdème ou épanchement de liquide dans les cavités séreuses. Ces œdèmes, ces congestions peuvent être localisés; ce n'est pas rare dans les maladies du cœur; il y a des asystolies locales, des provinces indépendantes qui n'obéissent pas également au pouvoir central. Il y a des rétrécissements et des insuffisances veineuses. Les lésions des veines ne sont pas en général aussi grossières que celles des artères, elles ne sont pas négligeables. La structure des veines ne permet pas la forme d'anévrysme que nous rencontrons dans les artères; la tunique moyenne n'y est pas aussi développée; l'impulsion y est moins brusque; on rencontre toujours dans les veines

FEUILLETON

SALON DE 1888.

I

Nous n'avons pas à signaler, dans le Salon de cette année, de tableaux relatifs à la médecine aussi « brillants » que ceux qui, en 1887, retenaient l'attention du public. Doit-on le regretter? Ce n'est pas notre avis, et il nous souvient d'avoir entendu, autour des toiles de MM. Brouillet et Gervex, trop de propos désobligeants qui ne s'adressaient pas au talent de l'artiste pour que nous ne soyons pas heureux de voir les plus grands parmi nos maîtres échapper cette fois aux honneurs périlleux de la cimaise. Le grand public, quoi qu'on fasse, sera toujours mauvais juge des habitudes médicales et tournera souvent en moquerie des choses dont nous seuls comprenons l'utilité et la valeur.

Il est cependant difficile de songer à rire lorsque l'on regarde le tableau de M. Dantan : « La consultation. » Un vieux médecin assis devant une table ausculte le dos d'une pauvre et maigre fillette, tandis que deux sœurs de Saint-Vincent de Paul, debout à gauche, attendent la fin de l'examen d'un air indifférent. L'ensemble, bien composé, est d'un aspect suffisamment triste. Mais pourquoi le médecin est-il seul dans son cabinet, tandis qu'il doit être accompagné au moins de son interne, dont la présence aurait

©BIU Santé

la dilatation de toutes les parois, dilatation bien moindre à l'autopsie que pendant la vie.

Dans le système veineux, nous comprenons les cavités droites, l'artère pulmonaire, les poumons, les veines pulmonaires, l'oreillette gauche. On a voulu distinguer les artères et les veines, mais la nature ne s'accommode pas de ces distinctions artificielles établies sur un battement qui peut apparaître dans les veines à l'état pathologique, qui existe dans l'artère pulmonaire à l'état physiologique. La couleur du sang ne suffit pas, puisqu'on admet l'artère pulmonaire comme artère. Poser en principe que les artères sont les vaisseaux qui sortent des ventricules n'est pas plus juste; on est obligé de distinguer l'artère pulmonaire de l'aorte. Les veines n'ont pas toutes la même structure; la veine porte diffère des autres veines comme l'artère pulmonaire diffère des autres veines. Chaque vaisseau répond à sa destination. Dans le cœur, ne voyons-nous pas la même variété? Les oreillettes diffèrent des ventricules; les oreillettes diffèrent entre elles, de même les ventricules. Nous regrettons la ligne de démarcation qu'on a voulu établir; en pathologie, elle n'est pas plus nette qu'en physiologie.

La foie et le poumon ont des circulations particulières. Il est étonnant que le rein chargé d'épurer le sang, de le filtrer, ne soit pas forcément traversé par toute la masse du sang; l'épuration est incomplète; il eût fallu comme pour le poumon que tout le sang fût filtré. Pour le foie, il y a le système de la veine porte; tout le sang de la digestion vient y achever son travail. Pour le poumon, l'artère pulmonaire est une veine porte à laquelle est ajouté un ventricule; les veines pulmonaires représentent les veines hépatiques.

On fait des veines caves, de l'oreillette droite de simples réservoirs, il n'en est pas ainsi. On dit que le sang reflue à volonté dans l'oreillette droite et dans les veines caves, c'est une erreur; la tricuspide n'est pas facilement insuffisante. Nous avons décrit et montré les sphincters qui ferment l'oreillette et s'opposent au reflux du sang; les veines caves sont armées pour la lutte; elles battent et se contractent, ce sont des oreillettes

---

peut-être un peu animé la toile? Mais ce n'est là qu'une mauvaise chicane à un bon tableau.

Pendant que nous sommes à l'hôpital, nous pouvons, avec M. Perrandeau, nous transporter à la Clinique. Sur un banc d'attente est assise une rangée de femmes toutes vêtues de noir, toutes d'une pâleur qui, dans l'esprit du peintre, indique sans doute leur état de maladie; l'une d'elles, la tête enveloppée et appuyée sur sa voisine, tousse dans son mouchoir et représente la phthisique classique. Que M. Perrandeau nous permette de le lui dire, son tableau est trop triste, trop sombre. Même dans les salles d'attente où s'entassent les consultants gratuits, il règne un peu plus de couleur et de mouvement; il n'y a pas que des mourants qui viennent à l'hôpital et l'on y entend chanter quelquefois.

Ce n'est pas l'aquarelle de M. Olaria qui nous ramènera aux sujets gais; un jeune enfant moribond subit la saignée du bras et le sang s'élance en rejaillissant de tous côtés. Mais voyons la légende : « Le jeune Olaria rendu à la vie par le Dr M...; » portrait. Un client reconnaissant! Confrères, saluons.

Notre devoir nous force à imposer encore un chagrin aux âmes sensibles en leur signalant la toile de M. Gelhay, qui nous fait assister aux travaux du laboratoire d'anatomie comparée au Muséum. Sur une grande table, en pleine lumière, est étendu un oiseau mort qu'on est en train de disséquer; à droite, sur un banc, un petit singe attend son tour. Les portraits des opérateurs sont fort ressemblants et l'ensemble, quoiqu'un peu terne, donne bien l'aspect du lieu.

ébauchées. La veine cave inférieure a un appareil plus compliqué que la supérieure pour empêcher le retour en bas; la supérieure est munie de muscles puissants qui résistent à l'effort du sang venant d'en haut. Le sang ne peut pas rétrograder. Tout dans l'arbre circulatoire concourt au but commun, la marche en avant.

Rigal, dans son travail intitulé : *De l'affaiblissement du cœur et des vaisseaux dans les maladies du cœur*, 1865, a mis en lumière l'importance de certains vaisseaux dans la localisation des lésions périphériques; nous disons à dessein, certains vaisseaux, parce que dans ses conclusions il dit : « VI. L'affaiblissement vasculaire peut porter, soit sur les artères, soit sur les capillaires. L'affaiblissement des artères dû à la perte de leur élasticité se traduit par un pouls ample présentant au sphygmographe des caractères particuliers; il produit consécutivement l'hypertrophie cardiaque. L'affaiblissement des capillaires est suivi d'une augmentation de la tension vasculaire; il se révèle par des troubles circulatoires locaux ou généraux, suivant l'étendue de l'affaiblissement. Les congestions, les hémorrhagies, les œdèmes sont la conséquence de la débilitation des capillaires. L'ensemble des symptômes décrit par Beau sous le nom d'asystolie n'est sous la dépendance de la faiblesse des systoles que pour une très faible partie; il est surtout le résultat de l'affaiblissement des capillaires. »

Il n'est pas question des veines et des veinules qui ont cependant un rôle dans la circulation; il n'est pas indifférent que les veines aient leur tonicité et que leurs valvules fonctionnent. La phlébo-sclérose a sa place à côté de l'artério-sclérose. Les capillaires ne sont pas l'arbre circulatoire entier.

Nous empruntons à la thèse de Bouchard, *De la pathogénie des hémorrhagies*, 1869, les considérations suivantes : « On a mesuré la tension et la vitesse du sang dans le cœur, dans les principales artères et dans divers troncs veineux; l'œil armé du microscope assiste à son passage rapide des artères dans les capillaires, à son cheminement plus lent, quelquefois oscillatoire dans ces derniers, à son issue brusque dans les veines. Ce que

---

C'est encore d'anatomie qu'il s'agit dans le tableau de M. Sallé, mais d'anatomie humaine. Devant un grand nombre d'élèves, le professeur explique sur le modèle vivant la structure du membre supérieur. L'homme qui sert de sujet, nu jusqu'à la ceinture, est vivement éclairé et forme naturellement le point capital de la scène, bien exécutée et largement peinte.

On pourrait vraiment conseiller à beaucoup de peintres, voire de sculpteurs, de ne pas négliger la leçon indirecte que leur donne M. Sallé. Des membres bien construits valent toujours mieux qu'un effet bizarre laborieusement cherché. Ce n'est pas là un reproche que l'on puisse faire à M. Bouguereau, que nous n'avons du reste pas qualité pour défendre. De ces deux envois de cette année, l'un intitulé : « Premier deuil », est particulièrement remarquable au point de vue du dessin. Un homme assis sur un rocher supporte sur ses genoux le corps de son fils mort, et s'appuie, par son bras droit, sur les épaules de sa femme, agenouillée et pleurant la figure dans ses mains. Le malheureux père, en proie au plus violent désespoir, porte d'un geste très naturel la main gauche vers son cœur. Il n'est aucune des parties de cette composition régulière que l'on ne puisse donner comme exemple de parfait modelé, et du reste le même dessin impeccable se retrouve dans la « Baigneuse », que M. Bouguereau a envoyée en même temps.

Nous ne voulons ennuyer personne, mais nous croyons devoir profiter de cette excursion dans l'anatomie pour avertir Mlle Lee-Robbins que sa « Jeune Japonaise », nonchalante, d'une jolie couleur d'ailleurs, est atteinte d'un genu valgum du côté droit, et pour

©BIU Santé

l'on connaît le moins, c'est la mécanique de la circulation intra-capillaire. L'expérimentation n'a rien appris sur la tension réelle du sang dans les capillaires. On n'a que des données fort insuffisantes sur sa vitesse effective et sur la résultante de ses mouvements oscillatoires. La vitesse de la circulation capillaire est très faible, si on la compare avec la vitesse du sang dans les artères et dans les veines; elle est très variable suivant les animaux, suivant les organes et suivant le diamètre des divers capillaires. Elle serait cinq fois plus lente, d'après Vierordt, dans les vaisseaux les plus fins que dans ceux où plusieurs globules peuvent s'engager à la fois. Si le capillaire double de diamètre, la même force y fera passer dans un même temps seize fois plus de liquide. Cet énorme ralentissement du sang dans les capillaires est en rapport avec le volume énorme que représente l'ensemble de ces canaux comparé au volume du système artériel. L'aire de la somme des capillaires serait, d'après Vierordt, à l'aire de l'aorte comme 800 est à 1, ou, d'après Donders et Volkmann, comme 500 est à 1. Toutes ces appréciations sont bien éloignées de la rigueur désirable et le calcul ne saurait être actuellement appliqué avec succès à un élément aussi variable et dont les causes de variation n'ont pas encore été toutes expérimentalement déterminées.

L'action du cœur, la tension artérielle, la tension veineuse influencent cette circulation capillaire, mais elle garde son autonomie et est plus directement placée sous la dépendance du système nerveux que sous celle des autres parties de l'arbre circulatoire. Cette indépendance que conserve le système capillaire vis-à-vis du système artériel dont il est tributaire et du système veineux qu'il alimente, il la doit aux gardiens placés à ses frontières, qui règlent et modèrent l'importation et l'exportation; qui peuvent abaisser tellement les barrières qu'il n'est plus qu'un lieu de transit par l'intermédiaire duquel le système artériel entre en libre communication avec le système veineux; qui les relèvent parfois au point de l'isoler complètement; qui, tantôt fermant la sortie et facilitant l'entrée, emmagasinent les produits; tantôt, s'opposant à l'entrée, facilitent l'écoulement et réa-

---

dire respectueusement à M. Lecomte du Nouy que son « Esclave blanche », fort agréable à voir, a un coude gauche dont la position nous inquiète un peu au point de vue de la solidité de son articulation. Après cela peut-être son modèle a-t-il eu une luxation qui lui a laissé un coude de polichinelle?

Les « Propos d'amour » de M. Berthault remplissent bien leur mission décorative, et la rempliront encore mieux quand ils seront moins entourés de peintures diverses; mais pourquoi la jeune femme assise par terre a-t-elle son genou droit conformé de telle façon que l'on pense aussitôt à la possibilité d'une tumeur blanche? C'est un effet de raccourci, nous le reconnaissons, mais ce n'est pas un joli effet.

Mais en voilà assez sur ces sujets scabreux qui nous feront renvoyer à nos scalpels, et il vaut mieux, par prudence, que nous passions à des discussions moins passionnantes en contemplant les peintures destinées à la décoration de la Sorbonne.. M. Benjamin Constant nous offre à admirer une composition en trois parties; les deux latérales sont allégoriques : sur un fond de paysage quelconque, à droite, des hommes à toge représentent les sciences; à gauche, des femmes décolletées personnifient les divers genres de littérature. La partie centrale, au contraire, nous montre des graves personnages en robe noire, violette ou rouge assis en demi-cercle, tandis qu'au fond se profile le dôme de la Sorbonne. Au premier regard, nous reconnaissons la tête de notre doyen, M. le docteur Brouardel, et devinons ainsi qu'il y a là la réunion des Facultés, chacune d'elles étant représentée par son chef. Mais, le public n'étant pas forcé de les connaître, ces

lisent ainsi, au gré du système nerveux, une échelle mobile physiologique. Ce rôle modérateur est rempli par les éléments musculaires qui, à chaque extrémité du réseau capillaire, viennent renforcer la membrane propre du capillaire vrai, et sans lui faire perdre ses caractères histologiques essentiels, sans transformer le vaisseau en artère ou en veine, modifient assez son fonctionnement pour mériter à ces canaux intermédiaires le nom d'artérioles ou de veinules. Ces artérioles et ces veinules, presque aussi délicates que les capillaires, sont plus extensibles et, grâce à la prédominance de leurs éléments musculaires, plus énergiquement contractiles que les artères et surtout que les veines. Leur extensibilité l'emporte aussi beaucoup sur celle des capillaires proprement dits, car ces derniers, même sous les pressions les plus fortes, atteignent difficilement un élargissement égal au quart de leur diamètre habituel. C'est à la combinaison des contractions et des dilatations de ces artérioles et de ces veinules que sont dues les particularités du mouvement du sang dans les capillaires. Seuls, de toutes les parties qui constituent le système vasculaire, les capillaires vrais ne sont pas contractiles; et, n'était la sortie exosmotique de certains fluides, ces vaisseaux subiraient passivement l'effort de toutes les actions musculaires qui peuvent entrer en jeu dans les diverses parties de l'arbre circulatoire, car aucune issue n'est ouverte au liquide sanguin et ce qui fuit devant les contractions d'un vaisseau se réfugie dans d'autres parties de l'appareil. »

Le système capillaire ne joue plus qu'un rôle amoindri; les veinules et les artérioles seules sont actives, en dehors des artères et des veines. Attribuer l'asystolie à la seule action des capillaires n'est pas juste. Toutes les parties qui concourent à la circulation, les poumons, entre autres, réclament leur part.

Il y a des constitutions disposées aux lésions vasculaires; il en est qui sont plus disposées aux lésions veineuses qu'aux lésions artérielles. Tous les individus n'ont pas des varices ou des hémorrhoïdes; toutes les femmes enceintes ne sont pas variqueuses et hémorrhoïdaires; les vari-

---

chefs vénérables, il lui arrive de rester hésitant et de se demander s'il ne se trouve pas en présence d'une réunion de juges pleins, du reste, d'une grande majesté.

A la salle à manger de M. le recteur est destinée la « Fin de printemps » de M. Colin; cela invitera cet honorable fonctionnaire à faire maigre les jours prescrits, le seul personnage de la composition étant une mièvre jeune fille enlevant péniblement une brassée de fleurs. Et puis, pourquoi tout ce gris? Le printemps est quelquefois ensoleillé cependant, et on n'a, pour s'en rendre compte, qu'à se transporter un instant dans le premier bois venu. On y verra chanter les verts dans des tons probablement antipathiques à la décoration; car, à en juger par les compositions qu'il nous reste à signaler, les peintres semblent s'être inspirés de la couleur des vieilles murailles qu'ils veulent sans doute rappeler tout en les cachant. M. Flameng a envoyé une suite pour la décoration de l'escalier de la Sorbonne comprenant trois sujets. Le plus important est, sans contredit, celui qui représente Richelieu posant la première pierre de la Sorbonne; c'est une belle composition, un peu touffue par places, à qui l'on ne peut reprocher que sa teinte uniforme. Cette teinte, elle nous poursuit encore dans le tableau de M. Duez, qui nous montre « Virgile s'inspirant dans les bois ». Nous faisons cependant une simple question à l'artiste: pourquoi avoir placé son poète au milieu d'arbres convulsés et atteints de toutes les déviations imaginables, il nous semble que ce paysage aurait peu souri au doux chanteur qui devait fuir instinctivement les aspects contournés de la nature. Quand nous aurons cité l'envoi de M. Chartran qui nous montre, dans une peinture correcte et calme, Vincent de Beauvais et Louis IX à l'abbaye de Royaumont,

©BIU Santé

queux ne sont pas nécessairement aortiques. Les individus sujets aux épistaxis sont prédisposés aux lésions veineuses et artérielles. Le rhumatisme est plus artériel, la goutte plus veineuse. Les hémorrhoïdes et les varices existent heureusement sans lésion cardiaque, mais elles dénotent la possibilité de la lésion des cavités droites. Il faut chercher si les dilatations veineuses dépendent du mauvais fonctionnement des cavités droites ou ne font que les accompagner. En tous cas, il est utile d'agir sur les varices et les hémorrhoïdes; le traitement de la goutte convient; on attend trop que les lésions se soient accrues et on ne pense qu'au traitement chirurgical; on ne pense pas à un traitement médical, qui aura un succès suffisant appliqué à temps.

Les varices se localisent; si elles le font dans les membres inférieurs, dans les veines hémorrhoïdales ou au scrotum, elles peuvent le faire dans les différents organes. L'apoplexie pulmonaire est parfois veineuse, ainsi qu'un certain nombre de lésions du foie et des reins; elles ne sont pas toujours emboliques ou cardiaques.

Dans les observations rapportées par Duguet, dans sa thèse d'agrégation, on est frappé par la fréquence de l'athérome de l'artère pulmonaire en coïncidence avec les embolies pulmonaires, qu'on suppose parties soit de l'oreillette droite, soit des veines périphériques.

Les veines rénales sont parfois oblitérées par des caillots; s'agit-il de phlébo-sclérose ou de simple inopexie? Les jugulaires le sont aussi; les veines caves, surtout l'inférieure, présentent des anévrysmes; nous ne parlons pas des cas où la veine cave supérieure est comprimée par des anévrysmes de l'aorte. Enfin, viennent les lésions du cœur droit, qui ne sont pas toujours consécutives aux lésions du poumon ou du cœur gauche; tantôt avec dilatation des cavités, tantôt avec hypertrophie des parois. Les rétrécissements de la tricuspide et de l'artère pulmonaire ne sont pas rares.

L'action mécanique n'est pas tout dans la lésion des veines. La phlébo-sclérose est aussi importante que l'artério-sclérose.

---

nous en aurons fini avec la décoration de « l'Alma mater » qui, du reste, ne sera bien jugée que sur place.

Nous n'en aurons pas fini, par exemple, avec les grandes toiles qui sont très nombreuses au Salon de cette année, plus nombreuses même que les années précédentes. Plusieurs causes peuvent être invoquées pour cet amour immodéré des vastes surfaces. Tout d'abord, s'il couvre un panneau entier, le peintre est sûr d'occuper la cimaise, au lieu qu'un petit tableau court toujours le risque de se voir reléguer à des hauteurs vertigineuses; ensuite il force pour ainsi dire l'attention et l'indulgence du jury, et enfin, comme l'a dit un de nos critiques d'art les plus autorisés que nous sommes heureux de pouvoir pour une fois appeler un confrère, ils comptent que la commission des achats ne passera pas indifférente devant ces vastes compositions qui ont dû coûter tant de peine à leur auteur, et ne peuvent guère figurer que dans un musée. Il est évident, en effet, qu'un amateur, si éclairé qu'il soit, se décidera difficilement à acquérir « Saint Denis portant sa tête », envoi de M. Delance. Non pas que le peintre manque de talent, loin de là, mais enfin une tête qui laisse dégoutter lentement un sang noir n'est pas égayante, et l'on regrette d'autant plus que l'auteur ait choisi cette scène lugubre que le paysage est charmant, et que ses paysans, dont la vérité d'attitude est saisissante, sont si modernes que l'ensemble nous a donné l'impression d'un anachronisme désagréable. Nous nous figurons aussi difficilement que l'on puisse mettre dans un salon « La captive blanche » de M. Mosler, jeune femme demi-nue attachée à un arbre que des Indiens s'apprêtent à brûler vive après l'avoir prise comme cible. Que

Nous citons quelques cas recueillis par nous.

Nous avons rencontré un cas de phlébite de la jugulaire externe, liée à la gangrène d'une jambe et à de l'apoplexie pulmonaire; c'était un cas d'angiocardite généralisée chez un rhumatisant. Il est rare de constater cette induration de la jugulaire, qui a précédé la mort de quatre jours.

Tupin, 38 ans. Nous le voyons pour la première fois le 27 novembre 1885; il meurt le 16 décembre.

Il a eu un premier rhumatisme articulaire aigu à 15 ans, puis plusieurs autres. Déformation considérable des jointures.

27 novembre. — Le cœur est gros; la pointe bat dans le sixième espace. Le pouls est à 140, régulier. Cyanose. Peu d'œdème. Pas d'albumine. Bruit râpeux présystolique; dédoublement du deuxième claquement. On n'entend pas de souffle en arrière. Râle crépitant au sommet gauche; froissements au sommet droit. Crachats sanglants. Foie gros et douloureux. Le malade ne se plaint que du manque d'appétit. Nous le voyons manger.

29 novembre. — Le pouls est moins fréquent. Cyanose blanche. Bruit râpeux. Dédoublement du deuxième claquement. Claquements aortiques parcheminés. Rétrécissement mitral.

10 décembre. — Pouls fréquent. Auscultation difficile. Souffle très bref au premier temps. Gangrène de la jambe droite.

12 décembre. — Thrombose de la jugulaire externe gauche. Anhélation. Pâleur plombée. Crachats apoplectiques. Souffle au premier temps sternal. Roulements à gauche. Claquements forts à droite et à gauche. Souffle au deuxième temps.

La température ne s'est pas élevée au delà de 39°.

Il meurt le 16.

Autopsie. — Œdème général. Pas d'adhérence du péricarde; une plaque vers la pointe. Cœur assez gros; muscle jaune. La séreuse est partout uniformément rougie; ce n'est pas de l'imbibition. On trouve partout des traces d'inflammation. L'endocarde de l'oreillette gauche est chagriné; caillots en bouillie, granulés. De même pour l'oreillette droite. Les oreillettes sont plus développées, relativement, que les ventricules. La tricuspide est un peu épaissie au bord, non végétante. La mitrale est rougie; l'orifice laisse passer un doigt. Les sigmoïdes aortiques ont des bords ulcérés.

Les poumons sont remplis de noyaux apoplectiques.

---

dire encore de la « Jézabel » de M. Guay, si ce n'est que parmi les innombrables conventions de l'art il en est une qui fait représenter « toujours jeunes » les Jézabel et les Brunehault, et que le peintre a suivi l'exemple général.

Une place à part parmi les grandes compositions doit être réservée aux « Voix du tocsin » de M. Maignan. L'idée est belle et l'exécution à la hauteur de l'idée. D'une cloche gigantesque, dont on n'aperçoit qu'une partie, s'échappent, pour s'élancer à travers les airs, des hommes et des femmes criant et hurlant pour appeler au secours. Remarquablement dessinés, les personnages n'ont point de ces dislocations fantastiques par lesquelles nos peintres essaient trop souvent d'exprimer la violence et la force. Cependant on pourrait faire, à notre avis, un double reproche à l'auteur. Tout d'abord la cause du tocsin aurait pu être plus apparente et ne pas se réduire à une modeste lueur rouge visible dans le bas de la toile; en second lieu, pourquoi cette couleur violacée répandue sur les chairs. C'est bien beau une jolie couleur, mais il paraît que c'est fort difficile à obtenir, car c'est bien rare. Malgré tout, les « Voix du tocsin » sont un tableau remarquable, et, du reste, la gravure s'est déjà chargée de le populariser.

D. Norech.

©BIU Santé

Foie noix muscade. Rate petite. Reins rouges, un peu gros; peu d'infarctus. Rien au cerveau.

Jugulaire externe gauche et sous-clavière contenant des caillots.

Radiale droite filiforme.

Gangrène de la jambe droite. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre de M. le docteur Combalat, qui sollicite son inscription parmi les candidats au titre de correspondant national ;

2° Une note sur le rôle de l'ozone dans les épidémies, par M. le docteur Romanowski;

3° Un rapport de M. le docteur Gauthier, sur les épidémies ayant régné en 1887 dans l'arrondissement de Charolles;

4° Un rapport de M. le docteur Chaudony, sur les vaccinations, épidémies, etc., de la circonscription de Mezel-Estoublon en 1887.

— M. Besnier, à propos du procès-verbal, s'élève contre une assertion de M. Le Roy de Méricourt, qui a dit qu'il y avait un lépreux à la bibliothèque de l'hôpital Saint-Louis. Cet homme n'a jamais été en rapport avec le public et s'est simplement occupé des travaux intérieurs.

— M. Dujardin-Beaumetz présente un travail de M. Lecerf, sur le soja et le pain de soja, et montre à l'Académie un échantillon de ce dernier. Les cendres de soja renferment 30, 40 p. 100 d'acide phosphorique et la farine contient 36 p. 100 de matières protéiques plus que la viande; de plus, il n'y a qu'une quantité très minime d'amidon ou de matières amylacées. L'analyse comparée à celle du blé donne les résultats suivants :

	Soja.	Blé.
Eau	10.14	14
Cendres	5.18	2.41
Matières protéiques	36.67	11.90
Matières grasses	17	5.50
Matières amylacées et sucrées	6.40	61.50

Ce pain qui reste frais quatre à cinq jours peut avec avantage être substitué au pain de gluten des diabétiques.

— L'Académie procède à l'élection d'un membre associé. 92 votants ; majorité, 47. M. Magitot obtient 47 voix (élu); M. Lereboullet, 30; M. Rivière, 10; M. Galezowski, 1; M. Blache, 4.

— M. Chatin présente, au nom de M. Jacquemin, un mémoire sur le vin d'orge obtenu en faisant fermenter le malt par le saccharomyces ellipsoïdens obtenu par sélection pure de toute trace de mycoderma cerevisiæ. La boisson a un goût de vin blanc agréable, différant beaucoup de celui de la bière, bien que les deux produits soient fournis par l'orge. Les ferments communiquent donc des qualités particulières aux produits des fermentations auxquelles ils président.

M. Pasteur présente quelques considérations tendant à bien montrer la valeur du travail de M. Jacquemin.

— M. Laborde complète la réponse qu'il a faite à M. C. Paul dans une des dernières séances. Le procédé chimique pour extraire la narcéine est bien établi et l'opium employé était autant que possible toujours de même sorte. La méco-narcéine qui contient la narcéine pure a été séparée complètement de la morphine, de la codéine et des alca-

loïdes convulsivants. Le mélange qu'il a présenté a des éléments définis et une action thérapeutique absolument sûre, identique à celle de la narcéine ancienne. La teneur des opiums habituels en opium est de 1 gramme par kilogramme et de 9 grammes pour les alcaloïdes méco-narcéine.

M. C. Paul maintient que la narcéine n'existe qu'en minime quantité dans l'opium. La maison Merk, de Darmstadt, ne peut retirer que 0,05 de narcéine par kilogramme, et la maison Smith, d'Edimbourg, n'en retire pas plus de 0,25. Il n'y a donc qu'une quantité infime de narcéine.

Celle de M. Duquesnel est inerte. Elle ne devient active que si elle est associée à d'autres alcaloïdes qui ne sont définis ni en quantité ni en qualité. La narcéine de Cl. Bernard était mélangée à de la morphine et à d'autres alcaloïdes.

— M. de Saboïa lit un rapport sur l'extirpation totale de l'utérus et de ses annexes.

En voici les conclusions abrégées :

L'extirpation de l'utérus est justifiable : 1° dans certains cas de myo-fibrome, d'inversion irréductible et de cancer; 2° elle est préférable à l'amputation partielle ou cunéiforme dans les cas de cancer ayant envahi ou commencé par les parois internes du canal cervical, et, par contre, l'amputation partielle doit être employée de préférence pour les cas de cancer de la portion vaginale du col, parce que la récidive aura lieu après l'une ou l'autre de ces opérations; mais la femme est exposée à moins de dangers avec l'amputation partielle qu'avec la totale; 3° l'extirpation par le vagin est préférable à tous les points de vue à celle par l'abdomen; 4° l'extirpation doit toujours comprendre les annexes de l'utérus; 5° le mouvement de bascule, fait d'arrière en avant pour tirer au cours de l'opération le corps de l'utérus au dehors, rend le dégagement de tout l'organe plus facile que le mouvement d'avant en arrière; 6° la suture de la plaie est inutile et peut être dangereuse; 7° la ligature des vaisseaux est moins gênante pour la femme que les pinces laissées à demeure; 8° finalement les tubes à drainage ne présentent pas des avantages bien remarquables; 9° l'antisepsie la plus rigoureuse doit être employée pour mettre l'opérée à l'abri des accidents infectieux et pour assurer la réussite opératoire.

— M. Cornil lit un rapport sur une communication de M. le docteur Doyen intitulée : *La fièvre puerpérale et l'érysipèle.* M. Doyen a vu l'infection puerpérale causée par une infirmière atteinte d'érysipèle à répétition, et par une sage-femme ayant au doigt une pustule sous-épidermique contenant le microbe virulent, le streptococcus.

Les autopsies ont fourni à M. Doyen du pus dont il a fait des cultures; il a toujours obtenu un streptococcus semblable à celui de l'érysipèle et du pus. Mais il s'est demandé s'il existait des différences entre ces trois micro-organismes. Tout d'abord il n'y a pas de différences entre leurs cultures.

De l'expérimentation, il conclut que le streptococcus de l'érysipèle et celui de la fièvre puerpérale donnent plus souvent que celui du pus une dermite érysipélateuse au lapin.

Les phlegmons peuvent ne pas s'accompagner de dermite érysipélateuse, mais souvent il y a une lymphangite ou une rougeur superficielle de la peau; dans l'érysipèle, il y a souvent des abcès, etc.

En résumé, M. Doyen conclut :

1° Que le streptococcus pyogène évolue souvent avec une lymphangite et une rougeur érysipélateuse des plus évidentes;

2° Que le streptococcus puerpéral peut occasionner, soit la péritonite puerpérale, soit diverses formes d'infections plus bénignes et même de véritables érysipèles;

3° Que le streptococcus érysipélateux est l'origine de l'érysipèle franc, mais qu'il peut être le point de départ de phlegmons et de péritonites purulentes;

4° D'après les résultats de l'expérimentation, ces trois organismes causent toujours un petit abcès et presque toujours l'érysipèle du lapin, toutefois avec une virulence variable en rapport avec leur provenance.

On serait donc porté à confondre ces trois streptococcus.

©BIU Santé

M. Doyen s'est posé ensuite cette question : d'où vient le parasite de la fièvre puerpérale ?

L'examen du mucus vaginal, avant et après l'accouchement chez des femmes saines, montre souvent le staphylococcus aureus et toujours des bactéries saprogènes, surtout quand il y a des lochies fétides, mais jamais le streptococcus. Au contraire, toutes les femmes atteintes d'accidents puerpéraux avaient le streptococcus dans le vagin, et, chez deux, sans odeur fétide des lochies.

Les bactéries saprogènes sont plutôt nuisibles qu'utiles au développement du streptococcus.

D'après M. Doyen, ce dernier est exceptionnel dans le vagin à l'état normal et serait cause de l'infection par l'intermédiaire de la plaie utérine. Il ne viendrait pas dans le vagin par l'air seul. Par contre, le toucher, le linge, etc., le transmettent.

La conclusion est donc que la fièvre puerpérale et l'érysipèle peuvent être engendrés l'une par l'autre, et que la fièvre puerpérale est due à l'invasion des streptococci.

M. Cornil souscrit volontiers à cette manière de voir. Mais il ne faut pas oublier que d'autres auteurs ont trouvé des bâtonnets ou des bactéries saprogènes. Il hésitera donc à dire que les accidents puerpéraux ne peuvent être causés que par le streptococcus.

— M. Cornil présente une note de M. F. Widal sur l'identité des différentes formes de l'infection puerpérale. En voici les conclusions :

1° Entre le streptococcus de l'infection puerpérale et celui de l'érysipèle, il n'existe jusqu'à présent aucun caractère distinctif, et, dans l'état actuel de la science, il serait impossible à un expérimentateur de distinguer l'un de l'autre ces organismes ;

2° Le streptococcus pyogenes suffit à produire différentes formes de l'infection puerpérale, et le polymorphisme des lésions qu'il occasionne est un des points les plus intéressants de son histoire.

C'est par exception qu'un microbe différent du streptocoque, trouvant une porte d'entrée dans la plaie utérine ou vaginale, peut déterminer une infection chez les nouvelles accouchées.

Dans un cas seulement, en un an, sur une femme morte dans l'hyperpyrexie (43° avant la mort), l'auteur n'a pas trouvé le streptococcus et a isolé un bâtonnet très virulent pour les animaux, chez lesquels il détermine des suppurations étendues.

M. Peter demande quels sont les symptômes des fièvres puerpérales qui ne suppurent pas, des formes septicémiques ?

M. Cornil répond que ce sont des symptômes typhoïdes qui évoluent sans les tracés à grandes oscillations de la pyohémie. Il s'agit d'une espèce d'empoisonnement général, et ces formes sont les plus graves de toutes, bien qu'à l'autopsie on ne trouve rien.

M. Peter soutient que la seule forme qui guérisse est la forme septicémique, tandis que la pyohémique est toujours mortelle. Enfin, si le streptococcus pyogenes donne tantôt du pus, tantôt pas, son nom est bien mal choisi, et c'est l'organisme qui fabrique le pus.

M. Cornil croit qu'il y a des cas de forme pyohémique qui meurent et d'autres qui guérissent, et il en appelle à M. Hervieux. Quand la fièvre puerpérale débute huit ou dix jours après l'accouchement, il peut y avoir des suppurations localisées et quelquefois guérison. On a vu guérir aussi des formes septicémiques. On a décrit plusieurs variétés de streptococcus pyogenes suivant l'effet produit. On l'appelle streptococcus pyogenes dans la suppuration, streptococcus de la fièvre puerpérale, quand on le trouve dans l'utérus...

M. Peter : C'est donc alors un streptococcus à tout faire ?

M. Cornil reconnaît qu'il y a là un reproche à adresser à la classification des microbes. L'organisme qui fait le pus contient souvent beaucoup de microbes, y compris le streptococcus pyogenes.

M. Peter : Quel est le mauvais ?

M. Cornil : Ils sont tous mauvais.

M. Peter : Quel est le pire?

M. Cornil : Le staphylococcus aureus.

M. Guéniot voit de moins en moins de formes septicémiques de la fièvre puerpérale, mais il les regarde comme moins graves que les formes pyohémiques. Il connaît beaucoup de fièvres puerpérales causées par le voisinage de coffres à linge sale, de cabinets d'aisances, etc.

M. Verneuil insiste aussi sur ce fait qu'en chirurgie, comme en médecine, il y a plusieurs sortes de septicémie.

M. Siredey partage les opinions de M. Guéniot. Il n'a jamais fait d'autopsies de fièvre puerpérale sans rencontrer de pus.

— M. Leloir, répondant à la communication précédente de M. Le Roy de Méricourt, demande sur quoi M. le docteur Van Leent s'appuie pour ne pas vouloir faire de la lèpre une névrite bacillaire; quand il dit lèpre, il doit avoir en vue la lèpre systématisée nerveuse et non la lèpre systématisée tégumentaire. C'est le professeur Cornil qui a, le premier, décrit le bacille dans les nerfs de la lèpre systématisée nerveuse. Il y a longtemps que Virchow et Charcot avaient fait prévoir la lésion nerveuse. Il y a sept ans que lui-même a démontré que la lèpre systématisée nerveuse dite anesthésique est une polynévrite bacillaire spécifique. Tous ceux qui ont étudié la lèpre d'une façon précise admettent cette opinion.

M. Leloir a prouvé 1° que l'hérédité ne pouvait à elle seule expliquer la contagiosité de la lèpre; 2° que les nombreuses causes hygiéniques et autres ne sauraient être invoquées un seul instant pour expliquer l'éclosion spontanée de la maladie; 3° que l'étude géographique et historique de la lèpre montre : *a*) qu'elle a un (peut-être deux) foyer primitif; *b*) qu'elle ne s'est jamais montrée sans avoir été apportée par des hommes malades; *c*) chaque fois qu'un peuple indemne a été mis en contact avec une nation atteinte, il a été infecté, quelle que soit sa race; *d*) le climat, le sol n'ont aucune influence sur l'apparition de la lèpre; *e*) souvent l'envahissement d'un pays est tellement rapide que l'hérédité ne peut l'expliquer; *f*) la propagation et le développement semblent avoir été en raison inverse des mesures d'isolement.

Les foyers lépreux ne produisent la lèpre que parce qu'ils renferment des lépreux.

L'hérédité étant insuffisante pour expliquer l'apparition d'un grand nombre de cas observés, force nous est d'admettre que les cas où l'hérédité ne peut être invoquée sont le résultat de la contamination directe ou indirecte, immédiate ou secondaire.

Les épidémies modernes, et le fait que ces individus sont atteints sans avoir jamais été dans un pays à lèpre, mais après avoir vu des lépreux, prouvent la nature contagieuse du mal.

Les objections tirées de la non-inoculation, de l'opinion des médecins, des sujets sains pouvant cohabiter de longues années avec des lépreux sans être atteints, sont réfutées dans le livre de l'orateur qui admet que, malgré la non-inoculation, la multiplication et la propagation de la maladie ne peuvent être expliquées que par la contagion et en partie par l'hérédité.

L'origine de la contagion est peut-être la contamination directe ou indirecte par le virus; les lépreux en disséminant ce virus dans le sol, les eaux, etc., peuvent infecter une région. C'est de cette façon que s'expliqueraient les influences climatiques. Il y aurait peut-être quelque chose d'analogue à ce qui se passe pour le choléra, la fièvre typhoïde, etc.

Donc : *la lèpre vient de l'homme et retourne à l'homme; la lèpre est un produit de l'homme, l'homme transporte la lèpre avec lui.*

La lèpre se transmet-elle d'emblée ou bien secondairement sous une forme qui nous est inconnue et qui se développe probablement en dehors de l'homme? Il y aurait un stade de développement intermédiaire dans un milieu ignoré.

Et, encore, le virus lépreux est-il inoculable à toutes les périodes de la malade?

©BIU Santé

Quoi qu'il en soit, la lèpre est contagieuse, faiblement on l'accorde, mais elle est contagieuse.

La contamination secondaire expliquerait peut-être les résultats négatifs des inoculations.

Jusqu'à ce que cette hypothèse ait été confirmée, il faut nous conduire comme si la lèpre était contagieuse d'emblée. C'est ce qu'ont fait les nations soucieuses de leur santé et en particulier la Norvège.

Des médecins qui n'étaient pas contagionnistes autrefois le sont devenus. Les médecins de la marine française le deviennent, et M. Le Roy de Méricourt ne l'est-il pas lui-même, lui qui admet la contagiosité sexuelle, une des formes de la contamination directe?

— M. Laboulbène fait un rapport sur une mouche Tsé-Tsé de l'Afrique tropicale. L'insecte ne possède pas d'action vénénifique spéciale, et les effets redoutables des piqûres chez les mammifères doivent être attribués à l'inoculation de matières septicémiques ou virulentes recueillies sur d'autres animaux ou sur des cadavres.

— M. Delorme, professeur de chirurgie de guerre au Val-de-Grâce, lit une note sur les lésions produites par les balles du fusil Lebel que l'on avait regardées comme des balles humanitaires. A part quelques différences minimes et d'ordre secondaire, les projectiles du fusil de 8^{mm} produisent des effets semblables à ceux du fusil de 11^{mm}. A des distances inférieures à 300 mètres et surtout à 200 mètres, on peut observer des effets explosifs.

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 10 mai 1888, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — M. Huguet, professeur à l'École de médecine de Clermont-Ferrand.

Officier d'Académie. — M. Cohendy, pharmacien à Clermont-Ferrand.

Nécrologie. — M. le docteur A.-M. Padieu, professeur de clinique médicale à l'Ecole de médecine d'Amiens, vient de mourir.

Il avait été reçu interne des hôpitaux de Paris en 1833. La plupart de ses travaux, qui sont assez nombreux, ont paru dans la *Gazette médicale de Picardie*. Il a fait aussi un grand nombre de communications à la Société de médecine d'Amiens, dont il était un des membres les plus actifs.

Voici les titres des principaux mémoires qu'il a publiés récemment dans la *Gazette de Picardie* : Action du bromure de potassium sur le diabète sucré, janv. 1883 ; — Puberté précoce, août 1883 ; — Calcul du canal de Sténon, oct. 1883 ; — Iritis syphilique, nov. 1883 ; — Tumeur fibro-kystique volumineuse de la cavité buccale chez une femme de 76 ans ; opération, guérison, nov. 1885 ; — Lésions graves des orifices et des valvules du cœur sans production de bruits anormaux, déc. 1885 ; — Notes sur les injections vaginales, id. ; — Notes sur la grippe ; — Calcul salivaire volumineux du canal de Warthon, juin 1885 ; — Corps étranger du canal de l'urèthre, fév. 1887 ; — Note sur la pneumonie infectieuse et spécialement sur une forme fruste de cette affection, juin 1887. — Rapport sur une observation de fistule biliaire cutanée, avril 1886, etc., etc. *Progrès médical.*)

SIROP CROSNIER minéral-sulfureux. *Affections chroniques des voies respiratoires.*

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. BULLETIN. — II. L.-G. RICHELOT : Sur le traitement des fibromes utérins. — III. BIBLIOTHÈQUE : Encyclopédie internationale de chirurgie. — Les blessures de l'œil au double point de vue des expertises judiciaires et de la pratique médicale. — IV. REVUE DES JOURNAUX : La pyridine excitant cardiaque. — De la strychnine comme stimulant du cœur. — Traitement des kystes hydatiques. — V. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie des sciences. — VI. FORMULAIRE. — VII. COURRIER.

BULLETIN

L'étude des maladies microbiennes fait chaque jour de nouveaux progrès en France, grâce en grande partie à l'activité déployée par M. le professeur Cornil et ses élèves. Le laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté est, en effet, le lieu de centralisation où arrivent toutes les pièces curieuses qui ressortissent à l'histologie et à la microbiologie; c'est là que les médecins et chirurgiens de Paris et même de la province, anciens élèves ou disciples plus ou moins nouveaux de M. Cornil, envoient les faits rares observés dans leurs services, et où l'on s'efforce de dissiper l'obscurité qui enveloppe encore leur étiologie ou leur pathologie.

La contribution du laboratoire de M. Cornil à l'étude de ces maladies a été considérable cette semaine. A l'Académie des sciences, c'est un exposé magistral fait par M. Cornil, en son nom et au nom de M. Toupet, d'une nouvelle maladie bactérienne du canard, qui présente, avec le choléra des poules et la septicémie des lapins, de grandes analogies, surtout au point de vue des phénomènes graves et de la terminaison rapidement fatale, mais qui se sépare néanmoins de ces maladies par quelques particularités qui en font une maladie distincte.

A l'Académie de médecine, c'est un rapport de M. Cornil sur un travail de M. le docteur Doyen (de Reims) relatif à l'analogie qui existe entre la fièvre puerpérale et l'érysipèle, ces deux affections pouvant être engendrées l'une par l'autre; — c'est ensuite une note présentée par M. Cornil, au nom de son élève M. Fernand Widal, sur l'identité des différentes formes de l'infection puerpérale. Cette note a soulevé une discussion intéressante au cours de laquelle les cliniciens, représentés par MM. Peter, Guéniot et Siredey, ont combattu les conclusions de M. Cornil, tendant à admettre que certaines formes septicémiques de la fièvre puerpérale engendrées par le streptococcus étaient plus graves que les formes pyohémiques. M. Verneuil a également admis cette distinction dans la gravité des affections septicémiques chirurgicales.

En défendant la doctrine de la contagiosité de la lèpre, M. Leloir a été amené encore à défendre les droits de M. Cornil à la priorité de la description des bacilles lépreux dans les nerfs de la lèpre systématisée nerveuse, priorité que M. Le Roy de Méricourt avait attribuée à tort à Arning.

Entre autres points intéressants discutés par M. Leloir dans sa communication, l'un des plus importants nous semble être celui qui est relatif au développement des bacilles de la lèpre en dehors de l'homme. Comme

©BIU Santé

d'autres microbes (ceux du tétanos peut-être, ainsi que M. Verneuil tend à le croire), le microbe de la lèpre ne transmet peut-être cette maladie que secondairement, après s'être développé dans un milieu que nous ignorons encore; c'est après cette fructification qu'il redeviendrait contagieux et inoculable. Pourquoi d'ailleurs cette période intermédiaire, nécessaire pour le développement des œufs du tænia, ne le serait-elle pas également pour de plus infiniment petits encore? Ainsi s'expliquerait-on pourquoi les microbes lépreux pris sur l'homme seraient impuissants à produire immédiatement la lèpre sur un autre individu de même race ou de race différente.

— M. le professeur Straus va pouvoir joindre ses efforts à ceux de M. Cornil, en étudiant les accidents produits par la mouche tzétzé sur les bestiaux de l'Afrique méridionale, et que M. Laboulbène croit de nature septicémique et causés par les produits virulents que cet insecte charrie sur ou dans sa trompe.

La fabrication du vin d'orge en faisant fermenter le malt par le saccharomyces, ferment du vin, est encore une autre justification des doctrines pastoriennes due à M. Jacquemin (de Nancy).

— A signaler encore, à l'Académie de médecine, la communication de M. le professeur Delorme sur les lésions produites par la balle du fusil Lebel. Pensant que cette petite balle, du calibre de 8 millimètres, produirait de simples sétons à travers le corps humain, on lui avait donné, un peu prématurément, le surnom de *balle humanitaire*. Les pièces présentées par M. Delorme à l'Académie, et d'autres présentées mercredi dernier à la Société de chirurgie par M. le docteur Nimier, ont démontré que les balles du fusil Lebel, pour être plus petites que celles du fusil Gras (8 mill. au lieu de 11 mill.) n'ont rien à leur envier sous le rapport des dégâts étendus qu'elles déterminent lorsqu'elles frappent les os. Une balle traverse facilement à 1,000 mètres et plus la tête de part en part, d'avant en arrière, en séparant dans certains cas le crâne de la face. On ne peut être plus *humanitaire*, en effet, car les souffrances doivent être de courte durée en pareil cas. — L.-H. P.

Sur le traitement des fibromes utérins

Par L.-G. Richelot.

(*Société de chirurgie, séance du 24 mai.*)

Messieurs, je tiens à prendre parti dans la discussion soulevée par notre collègue Segond, parce que j'estime que dans une question encore neuve sur bien des points, chacun de nous doit apporter le tribut de son expérience personnelle. Je tiens à me ranger parmi ceux qui pensent qu'il ne faut pas chercher, en présence des fibromes utérins, une ligne de conduite uniforme, systématique, mais savoir les traiter, suivant leurs allures, aussi bien par l'ablation sus-pubienne que par la castration ou les divers procédés d'extirpation vaginale. Je ne crois pas qu'on doive préconiser outre mesure l'ablation des ovaires, mais je ne suis pas tenté non plus de crier sans relâche aux abus de la castration. Je crois encore moins que presque tous les fibromes, grands ou petits, comme le prétendent quelques-uns, puissent être enlevés avec avantage et sécurité par la voie vaginale.

Pour les *fibromes très volumineux* qui remplissent le ventre, nous n'avons

évidemment qu'une ressource : l'hystérectomie abdominale. Il faut bien en passer par là, malgré les dangers que présente encore cette opération, si améliorée qu'elle soit par l'antisepsie et les procédés actuels. Mais je laisse de côté cette partie du sujet, que M. Segond n'a pas abordée.

C'est pour les *fibromes de moyen volume*, remontant au plus jusqu'à l'ombilic, que la question est délicate et la conduite chirurgicale encore hésitante. C'est ici qu'apparaît la tendance toute moderne des chirurgiens à reculer devant les risques d'une ablation totale, à tourner l'ennemi au lieu de l'aborder de front, à pratiquer, en un mot, l'ablation des ovaires pour créer la ménopause artificielle, supprimer douleurs et hémorrhagies, déterminer la rétraction progressive et l'atrophie de la masse fibreuse. Le fait est que ces utérus modérément développés, à fibromes interstitiels uniques ou multiples, sont quelquefois d'un abord compliqué; leur ablation comporte les mêmes hasards que celle des plus grosses tumeurs; et si la femme est très affaiblie, épuisée par les douleurs et les pertes, on est bien aise d'avoir sous la main la ressource d'une opération plus simple et moins périlleuse. Or, les ovaires peuvent être, en pareil cas, faciles à extraire; et l'expérience prouve que la castration donne le résultat qu'on lui demande, en supprimant les symptômes graves et en atrophiant la tumeur. Mais les choses ne vont pas toujours si bien; souvent les ovaires altérés, déplacés, englobés par des adhérences, se dérobent aux recherches; l'opération est très ardue, aussi dangereuse qu'une hystérectomie, et quelquefois reste inachevée. Comment faut-il donc se conduire? Entreprendre une laparotomie, qui sera tout d'abord exploratrice. Si la tumeur paraît disposée à sortir sans grands efforts, si la castration fait mine d'être laborieuse, enfin si la malade est vigoureuse et capable de supporter l'opération radicale, on peut adopter l'hystérectomie. Mais dans d'autres conditions, et surtout si les ovaires sont bien accessibles, on sera tenté naturellement de faire l'opération la plus expéditive et la moins dangereuse, puisqu'aujourd'hui elle a fait ses preuves. J'ajoute que notre tendance actuelle est tout en faveur de la castration; que l'hystérectomie abdominale est encore, et dans certains cas, une opération de nécessité, d'autres fois une opération qui peut être choisie, mais qu'il faut encourager le mouvement qui porte actuellement les chirurgiens vers l'ablation des ovaires, en présence des tumeurs de moyen volume.

Restent les *petits fibromes*, plus ou moins enclavés dans l'enceinte pelvienne. Ici, l'extirpation par la voie sus-pubienne est impossible ou trop périlleuse; il n'y faut pas songer. La castration serait donc, *a priori*, formellement indiquée. Malheureusement, c'est alors que la recherche des ovaires est souvent le plus difficile; or, une castration trop laborieuse, outre qu'elle peut rester en chemin, est tout aussi grave qu'une résection de l'utérus pratiquée dans de mauvaises conditions. Le chirurgien pourrait donc se trouver dans un grand embarras, en présence des symptômes qui commandent l'intervention, — douleurs excessives, hémorrhagies profuses, — s'il n'avait la ressource de la voie vaginale.

Je n'ai pas la pensée, Messieurs, de vous faire une leçon sur les opérations qu'on peut diriger par cette voie contre les fibromes utérins. Mais, continuant à comparer, selon les termes du problème posé par M. Segond, l'ablation de l'utérus avec celle des ovaires, je désire attirer votre attention sur les indications précises de l'hystérectomie vaginale en cas de fibromes.

©BIU Santé

Et d'abord, il n'y a pas lieu d'enlever l'utérus pour un fibrome unique, ou réputé tel, inclus dans une des parois, et qu'on peut extraire par énucléation, l'ancienne énucléation d'Amussat rajeunie par les procédés antiseptiques. Je pense qu'il faut pousser très loin les indications de cette méthode, bien qu'il soit difficile de savoir si le fibrome est unique et si d'autres ne lui succéderont pas. Mais il y a des utérus dont les parois contiennent plusieurs petites tumeurs, quelquefois en grand nombre; ceux-là réclament une ablation totale. Même nécessité pour une tumeur non interstitielle, mais sous-péritonéale, saillante à la face postérieure, enclavée dans le petit bassin. En d'autres termes, l'hystérectomie vaginale est applicable — en présence des grands symptômes — au *fibrome rétro-utérin* et à l'*utérus bourré de fibromes*. Tels sont les deux cas bien déterminés où elle peut être mise en parallèle avec la castration. Mais pourquoi et dans quelle mesure la préférer à cette dernière?

Il est bien entendu que la préférence ne peut lui être accordée que pour les fibromes tout entiers contenus dans la cavité pelvienne, ou les utérus fort peu développés au-dessus du pubis. Je ne nie pas qu'on puisse extraire par le vagin des utérus remontant à l'ombilic; mais je nie qu'il faille préconiser sans mesure des opérations qui durent trois et quatre heures, qui épuisent le chirurgien, les aides et surtout la malade, qui sont imprudentes et inutiles, en présence des résultats fournis par la castration.

Cela dit, je connais des cas où la décision du chirurgien repose sur l'impression que lui ont laissée certains faits antérieurs, sur le degré d'audace ou d'habileté qu'il a su acquérir dans tel ou tel ordre d'idées; mais j'en connais d'autres où elle est commandée par les circonstances, et où, repoussant toute opinion préconçue, nous devons préférer l'hystérectomie parce que l'ablation des ovaires, si bien réussie qu'on la suppose, ne remplirait pas les indications. Permettez-moi de vous donner quelques exemples.

J'ai opéré il y a deux ans, à l'hôpital Bichat (1), une femme de 41 ans qui avait plusieurs petites tumeurs sous-péritonéales, rétro-utérines, proéminant dans le cul-de-sac de Douglas. La plus volumineuse était grosse comme une noix; l'utérus, enclavé et peu mobile, était en rétroflexion et présentait les dimensions d'un poing d'adulte. Cette femme n'avait pas d'hémorrhagies, mais des douleurs lombaires et sciatiques intolérables, et de plus, une faiblesse extrême des jambes qui l'empêchait de faire dix pas de suite; elle était presque paraplégique. L'hystérectomie vaginale l'a promptement rétablie; je l'ai revue il y a quelques semaines, en parfaite santé. Aurais-je pu faire ici l'ablation des ovaires? Je ne le crois pas. Il ne s'agissait pas de douleurs congestives ni de métrorrhagies; les tumeurs, insignifiantes par leur volume, étaient si mal placées dans le petit bassin qu'elles comprimaient les plexus nerveux et provoquaient mécaniquement des douleurs incessantes et de la parésie musculaire. En admettant que l'utérus rétrofléchi et déformé n'eût pas rendu la castration impraticable, je ne vois pas bien ce que m'aurait donné la suppression pure et simple des régles. Je n'aurais eu ni régression notable de ces tumeurs déjà si petites, ni changement dans la direction et les rapports de l'utérus; l'opération n'aurait eu, sans doute, aucune valeur.

A côté de ce fait, en voici un autre (2). C'est une femme de 57 ans, ayant

(1) R. de Madec : *Traitement chirurgical du cancer de l'utérus*, th. de Paris, 1887.
(2) *Union médicale*, 19 février 1888.

des douleurs sourdes et un utérus penché en arrière. Après plusieurs mois d'observation, les douleurs et l'anxiété augmentent, la marche devient difficile, l'utérus grossit à vue d'œil, s'alourdit et fait mine de s'enclaver; le toucher et la palpation combinés indiquent une paroi bourrée de fibromes. A ce moment, l'utérus abaissé, couché à droite et en arrière, se laissait encore repousser de bas en haut; il n'y avait pas de signes de compression manifestes. La castration pouvait arrêter cette évolution menaçante; rien ne prouve qu'elle n'aurait pas réussi. J'avoue qu'en préférant l'hystérectomie vaginale, j'ai obéi à un sentiment de partialité; c'est une opération qui m'inspire confiance, quand l'utérus se présente bien; dans les cas de fibromes, elle guérit bien franchement les malades et ne laisse pas d'arrière-pensées. Direz-vous qu'ici ma confiance était mal justifiée, parce que la malade a succombé? Non, car elle est morte le sixième jour de coma urémique, et j'ai trouvé à l'autopsie un rein pesant 40 grammes, et l'autre 90. Toute opération abdominale aurait eu, sans doute, les mêmes conséquences.

Enfin, Messieurs, je vous présente un utérus que j'ai enlevé la semaine dernière. Comme l'observation n'est pas encore publiée, j'entrerai dans quelques détails.

Mme W... est une femme de 45 ans, qui depuis un an a des hémorrhagies abondantes et bi-mensuelles; il y a dix mois, perte grave pendant quinze jours. Depuis cette époque, elle a maigri et perdu de ses forces; elle a des maux de reins, des douleurs hypogastriques, et des pertes blanches continuelles sans fétidité. M. le docteur Gauthier (de Magny-en-Vexin) me l'adresse en vue d'une intervention chirurgicale.

Entrée le 15 novembre 1887 à l'hôpital Bichat, je lui trouve un ventre souple et normal, sans tumeur apparente. Au toucher, le col est porté en avant, derrière la symphyse; dans le cul-de-sac postérieur est une masse un peu volumineuse, médiocrement dure, indolente; pendant que le doigt la refoule de bas en haut, le col revient à sa place. Après des examens réitérés, les caractères de la masse rétro-utérine me font admettre une simple rétroversion. Comme cette femme est cuisinière et ne peut guère se soigner, l'usage incertain d'un pessaire me paraît mal indiqué, et je me décide pour une intervention plus énergique, l'opération d'Alexander, qui est pratiquée le 14 décembre, avec l'aide de M. Hallé, interne du service. Les deux ligaments ronds sont trouvés sans encombre, dégagés de leurs adhérences, attirés au dehors de 5 centimètres environ, coupés et suturés à la peau. M. Hallé maintient l'utérus réduit pour faciliter les tractions; après le raccourcissement et la suture, l'organe est redressé et semble en bonne position. Premier pansement au bout de huit jours; la réunion est parfaite, et la malade sort le 7 janvier 1888 en très bon état, ne souffrant plus du ventre ni des reins. La réduction s'est bien maintenue jusqu'ici; au toucher, le col regarde en arrière, le cul-de-sac postérieur est effacé, et dans le cul-de-sac antérieur on trouve le corps utérin, qui paraît diminué de volume.

Nouvel examen le 18 avril. Depuis l'opération, elle n'a pas eu de pertes; mais les douleurs sont revenues, la malade est faible et ne peut travailler. Elle est, de plus, dans un état nerveux très pénible. Au toucher, le col est en avant, derrière la symphyse, et le fond de l'utérus occupe de nouveau le cul-de-sac de Douglas. Ainsi, la rétroversion s'est reproduite et le résultat de l'opération d'Alexander est absolument nul. Il y a, de plus, un

©BIU Santé

notable accroissement de volume; il semble que le poids d'une tumeur, incluse dans la paroi, ait entraîné l'utérus et triomphé de la résistance des ligaments ronds. Je ne sens pas un fibrome nettement détaché de la face postérieure; je crois plutôt à une tumeur interstitielle.

En présence de cette nouvelle situation, il me semble indiqué de faire une large dilatation avec la laminaire ou les tampons iodoformés, d'explorer la cavité utérine, et d'extraire la tumeur par énucléation. Mais encore ai-je besoin qu'un examen fait dans de bonnes conditions confirme le diagnostic; il faudra bien, s'il s'agit d'une tumeur rétro-utérine ou d'un utérus bourré de fibromes, discuter l'urgence d'une opération plus radicale. En tous cas, celle-ci ne sera pas abordée à la légère.

Mme W... entre à l'hôpital Tenon; du 1er au 5 mai, dilatation avec laminaire et tampons; exploration digitale, apparition prématurée des règles, prolongation de l'hémorrhagie pendant huit jours. La malade se désolant et réclamant sa délivrance, je renonce à la tourmenter par une nouvelle dilatation, et l'opération est fixée au 17 mai.

J'arrive, le jour dit, avec l'intention d'achever le diagnostic pendant l'anesthésie, et de pénétrer, s'il y a lieu, dans la cavité utérine par l'incision du col. Mais, pendant mes derniers examens, j'ai trouvé la saillie du cul-de-sac de Douglas bien dure et comme bosselée; je ne sais plus si j'ai affaire à une tumeur unique et franchement contenue dans la paroi postérieure. La malade endormie, j'attire l'utérus et je constate qu'il s'abaisse facilement; puis mon doigt délimite assez bien une tumeur qui proémine vers le côté droit, et qui, par suite, n'est pas le fond de l'utérus en rétroflexion; je reviens à l'idée d'un fibrome rétro-utérin. Que faire? Si j'aborde la cavité utérine, il est possible que je n'atteigne pas la tumeur saillante en arrière; ou bien que j'enlève, à travers la paroi, un fibrome sous-péritonéal en déchirant la séreuse; autant vaut, dans ce dernier cas, l'ouvrir méthodiquement. Bref, en présence d'un diagnostic incertain et d'un utérus accommodant, je me décide pour l'hystérectomie vaginale, qui est faite avec l'aide de MM. Lafourcade, Marquézy et Buscarlet, internes du service.

Je ne vous décrirai pas en détail cette opération, qui a marché régulièrement. L'utérus descendait bien; le décollement de la vessie et l'ouverture antérieure du péritoine se firent sans difficulté. Néanmoins, il n'est jamais bien aisé d'atteindre le bord supérieur du ligament large et de le saisir du premier coup avec la pince longue; je me suis bien trouvé d'introduire en avant de l'utérus une grosse érigne mousse pour attirer ce bord et le placer dans mon index recourbé. L'utérus sortit assez bien malgré son volume, la malade ne perdit pas de sang et l'opération dura trois quarts d'heure.

Les suites furent simples; il y eut seulement un peu de ballonnement du ventre, sans douleur vive ni facies inquiétant, la température s'élevant à 38°. Après l'ablation des pinces, au bout de quarante-huit heures, l'introduction de la canule rectale amena quelque soulagement; mais le ballonnement et l'anxiété ne disparurent qu'après l'administration du calomel. Les tampons enlevés le cinquième jour, on fit deux injections de sublimé par vingt-quatre heures; une élévation passagère de la température, qui atteignit 39°, me fit ordonner quatre injections, et tout rentra dans l'ordre.

Vous voyez sur la pièce que j'ai fait une petite erreur sur le siège du fibrome. Il occupe la paroi postérieure et latérale droite. Il est vrai qu'il est saillant en arrière, mais il l'est encore plus vers la cavité; une couche

de tissu musculaire le sépare du péritoine; j'aurais pu l'aborder par une large incision du col, et faire l'énucléation. Seulement, à côté du fibrome principal, gros comme une mandarine, on en trouve un autre beaucoup plus petit, caché dans la paroi, qui certainement eût passé inaperçu, et qui plus tard, en se développant, risquait fort de produire une récidive. Or cette malade, affaiblie de longue date et fatiguée de la chirurgie, ne vaut-il pas mieux lui avoir épargné les chances d'une intervention nouvelle? En vérité, il y avait lieu d'en finir, et je m'applaudis d'avoir été conduit par les événements jusqu'à l'hystérectomie vaginale.

La conclusion, Messieurs, que je tire de ces trois observations, c'est qu'en présence des petits fibromes pelviens, c'est un peu le tempérament et les habitudes du chirurgien qui lui dictent sa conduite, mais surtout une analyse clinique laborieuse mettant en parallèle, dans chaque cas particulier, les difficultés présumées d'une castration, celles d'une extirpation vaginale, et enfin — le premier fait que je vous ai rapporté en est un exemple frappant — certaines conditions d'attitude et de siège des fibromes qui peuvent être une contre-indication formelle de l'ablation des ovaires. Mais, je tiens à le dire en terminant, les mérites de celle-ci n'en sont nullement diminués, et je m'associe encore un fois à l'opinion que la plupart de mes collègues paraissent avoir aujourd'hui sur son compte.

BIBLIOTHÈQUE

ENCYCLOPÉDIE INTERNATIONALE DE CHIRURGIE, tome VII : *Organes génito-urinaires de l'homme et de la femme.* — Paris, J.-B. Baillière, 1888.

Ce dernier volume complète l'*Encyclopédie* dont l'ensemble forme le traité de chirurgie actuellement le plus complet et le plus au courant de la science. Publié, en effet, en fort peu de temps, l'*Encyclopédie* porte dans toutes ses parties l'empreinte des doctrines nouvelles qui ont pour ainsi dire renouvelé la chirurgie; de plus, l'étendue qui lui a été donnée a permis aux différents auteurs d'entrer dans les multiples détails qui ne peuvent qu'être indiqués dans les manuels forcément trop brefs.

Dans ce dernier volume, les maladies de la vessie et de la prostate ont été traitées par R. Harrison et celles de l'urèthre par Duplay. L'article sur les calculs urinaires a été écrit par M. Pousson (de Bordeaux), dont on connaît la compétence spéciale. M. E. Schwartz s'est chargé des maladies chirurgicales des organes génitaux de l'homme, M. Segond, des tumeurs de l'ovaire; M. Bouilly, des affections chirurgicales de l'utérus. Enfin, M. Picqué a écrit un véritable petit traité sur les maladies des organes génitaux externes de la femme. Enrichi d'un grand nombre de gravures, ce volume, qui embrasse toute la pathologie des voies génito-urinaires, est certainement à la hauteur de ses devanciers. — P. C.

LES BLESSURES DE L'ŒIL AU DOUBLE POINT DE VUE DES EXPERTISES JUDICIAIRES ET DE LA PRATIQUE MÉDICALE, par le docteur GRANDCLÉMENT. Lyon et Paris, A. Storck, 1888.

Après un résumé fort bien fait de l'anatomie de l'œil, l'auteur étudie d'abord les blessures du sourcil. Il insiste sur la lésion possible du nerf sus-orbitaire qui provoque parfois des névralgies tenaces, sur l'ostéite et la nécrose qui peuvent suivre la dénudation du frontal, et enfin sur la perte de la vue de l'œil du côté lésé ou des deux yeux lors de contusion du sourcil. On tend à admettre que, dans ces cas, il y a des désordres graves produits par contre-coup.

Dans l'appréciation médico-légale des blessures des paupières, on doit toujours songer

©BIU Santé

à la production possible de l'ectropion; les pertes de substance de la conjonctive en des points correspondants peuvent entraîner le symblépharon.

Les blessures du globe de l'œil peuvent être limitées à l'une des parties constituantes de l'organe. Le point de vue professionnel est très important pour l'appréciation du préjudice causé, surtout lors des blessures de la cornée. Si la profession exige une très grande acuité de la vision (bijoutiers, horlogers, etc.), le tort subi par le blessé sera considérable; si, au contraire, il s'agit d'un manœuvre ou d'un laboureur, ce genre d'occupation restera compatible avec une acuité visuelle passablement amoindrie.

Nous ne pouvons malheureusement suivre l'auteur dans les considérations qu'il développe relativement aux blessures de l'iris, du cristallin, etc. Qu'il nous suffise de dire que, sous son apparence modeste, cette brochure est des plus utiles et devra dorénavant servir de guide dans tous les cas d'expertise médico-légale relatifs à des blessures de l'organe de la vision. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

La pyridine excitant cardiaque. — Le docteur de Renzi considère la pyridine (alcali huileux contenu dans les produits de la distillation sèche des os. *Dictionn. de Littré*) comme un excitant actif du cœur. Il appuie cette manière de voir sur sept observations qu'il a recueillies dans sa clinique personnelle. Voici ses conclusions : 1° La pyridine, donnée à l'intérieur quotidiennement à la dose de 6 à 10 gouttes dans un peu d'eau, est bien supportée ; on peut même en porter la dose graduellement à 25 gouttes et davantage. — 2° Le médicament donne une énergie marquée à la systole cardiaque et diminue la sensation d'oppression et d'anxiété. — 3° Le nombre des pulsations cardiaques diminue à la suite de l'administration de la pyridine, en même temps que celui des respirations. — 4° La pression du sang dans les artères est accrue. Ce fait a été toujours constaté au moyen du sphygmomanomètre. — 5° De nombreux graphiques ont démontré que non seulement la ligne ascendante de la courbe s'élève plus haut, mais aussi que les pulsations deviennent beaucoup plus régulières. Dans un cas, où il y avait une arythmie notable du pouls, la pyridine a fait disparaître complètement cette discordance, et le pouls est devenu normal et parfaitement régulier. — 6° Le docteur de Renzi ajoute que, dans les cas d'angine de poitrine, ce médicament soulage les attaques plus vite et plus complètement que tout autre ; et qu'il est aussi d'une grande valeur dans l'asystolie, car il agit plus promptement que la digitale, et on n'a pas à craindre ses effets cumulatifs (*The therap. Gaz.*, février 1888). — R.

De la strychnine comme stimulant du cœur. — Le docteur Habershon préconise les injections hypodermiques de strychnine pour remédier à la défaillance fonctionnelle du cœur. Après avoir discuté le *modus operandi* et les effets des divers toniques du cœur, tels que la digitale, l'alcool, l'éther, l'ammoniaque, il établit qu'aucun n'est aussi efficace que la strychnine dans le cas où non seulement le muscle cardiaque, mais encore les nerfs qui provoquent et contrôlent son activité sont dans un état d'épuisement physiologique. L'intérêt de son travail consiste surtout dans le fait qu'il révèle de l'influence sur le cœur d'un à deux milligrammes de strychnine dissous dans la quantité appropriée de liquide aqueux, en injection hypodermique. Il cite des cas de maladie des valvules mitrales ou aortiques, des cas de pneumonie, avec cyanose avancée, pouls faible et fréquent, respiration précipitée ou respiration de Cheyne-Stokes, dans lesquels, par l'emploi de cette injection hypodermique, le courant de la vie a remonté visiblement et le rétablissement s'est opéré. (*The medical Record*, 18 février 1888). — R.

Traitement des kystes hydatiques. — Le professeur Baccelli, de Rome, traite ces kystes de la manière suivante : au moyen d'un aspirateur, il retire du kyste une quantité déterminée (10 centigrammes) du liquide contenu ; puis, il y introduit, en une fois, une quantité égale d'une solution de sublimé corrosif à raison de 2 pour mille. Dans deux cas où il a appliqué ce traitement, il a vu la tumeur diminuer graduellement,

et disparaître presque entièrement dans l'espace de dix jours. (*Brit. med. Journ.*, 3 mars 1888). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 22 mai.

Guérison spontanée de cataracte sénile. — M. Nicati cite l'observation suivante : Le nommé X..., 78 ans, a vu très bien de loin comme de près. Il est devenu presbyte entre quarante et cinquante ans et a porté alors des lunettes de presbyte. Il s'est plaint, en août 1884, d'être myope. On constata aux deux yeux la présence d'une cataracte à grands rayons allant de l'équateur vers le pôle antérieur, qu'ils n'atteignaient pas.

En août 1886, myopie = 9 dioptries; acuité visuelle parfaite. L'examen le plus attentif fait à l'éclairage oblique et à l'ophtalmoscope ne révélait plus aucune trace d'opacité cristallinienne.

La mort est survenue en mai 1887 avec complète conservation de la vision de près (le malade lisait couramment certain Evangile de poche connu par la finesse de ses caractères).

On a publié, et chacun a eu l'occasion d'observer des cas de myopie symptomatique d'une cataracte au début. Ce sont des cas de phacomalacie où le cristallin prend, en se liquéfiant, la forme sphérique. Mais on ne connaît pas l'éclaircissement complet de l'organe coïncidant avec sa liquéfaction. Un fait très approchant a cependant été publié par Grange. Ici la substance corticale étant devenue liquide, il restait un noyau opaque occupant la partie déclive de la capsule et permettant une acuité de 1/60 avec + 6 D; mais, après deux années, le liquide s'était entièrement résorbé, laissant une cataracte de 1 millimètre 5 à 2 millimètres de diamètre. Quoi qu'il en soit de cette différence, il n'en reste pas moins acquis que *l'éclaircissement de la substance cristallinienne opaque a coïncidé deux fois avec sa liquéfaction.*

L'histologie connaît des agents capables de dissoudre les éléments du cristallin. Est-il permis d'espérer, après les nombreux essais de nos devanciers, qu'ils soient jamais utilisables en thérapeutique ?

Séance du 28 mai.

Application des méthodes de la photochronographie et de la dynamographie à l'étude de la locomotion pathologique de l'homme, par MM. Demeny et Quénu. Au lieu de prendre les images photographiques et successives complètes, ce qui demande la lumière solaire et que les boiteux progressent au-devant d'un fond noir, étant obligés d'expérimenter dans les locaux des hôpitaux, les expérimentateurs se sont servis des lampes électriques à incandescence.

Ces lampes-bijoux s'attachent aux articulations du malade et sont reliées à ce dernier par un petit chariot métallique roulant au-dessus de sa tête et le laissant libre de ses mouvements.

On a ainsi les formes des trajectoires des points principaux des corps. Ces formes sont très différentes suivant les claudications et suffisent pour les caractériser.

Tandis qu'il est photographié ainsi pendant sa marche, le malade appuie le pied sur un dynamomètre enregistreur caché dans la piste qu'il suit. Ce dynamomètre inscripteur indique exactement la pression du pied sur le sol avec sa durée et toutes les phases de son intensité.

Ces indications sont aussi intéressantes à étudier ; jointes aux données de la photographie, elles constituent des documents qui promettent de donner des résultats pratiques.

Sur un nouveau perfectionnement apporté à la numération des éléments figurés du sang. — M. Mayet (de Lyon) a perfectionné le procédé qu'il avait indiqué dans une note antérieure.

©BIU Santé

Le sang, sous le volume de 4 millimètres cubes, est mélangé d'abord à 500 millimètres cubes de solution aqueuse d'acide osmique au 100e, dans le but de fixer les éléments dans leur forme et de les rendre colorables. Après trois minutes d'attente on ajoute au mélange 500 millimètres cubes du liquide suivant :

Glycérine pure.....	45	centim. cubes.
Eau distillée.....	55	—
Eosine en solution aqueuse au 100e.....	17	—

Les hématies se colorent vivement, les leucocytes ne prennent pas ou prennent à peine la matière colorante.

La différence de teinte rend facile la numération des deux ordres d'éléments. On n'est pas exposé à les confondre entre eux, ce qui ne pouvait pas toujours être évité, pour quelques-uns, avec le sérum sucré et phosphaté que M. Mayet avait d'abord proposé.

La répartition dans le porte-objet des appareils de M. Hayem ou de M. Malassez est uniforme grâce à la densité moyenne des deux liquides de dilution réunis et à la viscosité de la glycérine.

Sur une nouvelle maladie bactérienne du canard (choléra des canards), par MM. V. Cornil et Toupet. — « Nous avons reçu, de MM. Geoffroy Saint-Hilaire et Ménard, des canards ayant succombé, au Jardin d'acclimatation, à une maladie épidémique, caractérisée par la diarrhée, l'affaiblissement progressif, des tremblements musculaires et la mort survenant en deux ou trois jours.

Nous avons constaté dans le sang du cœur de ces animaux des bactéries en bâtonnets courts, arrondis à leurs extrémités, très voisines, par leur forme et par leurs dimensions, des bactéries du choléra des poules et de la septicémie des lapins. Ces micro-organismes existent en quantité considérable dans le sang du cœur, du foie, de la rate, de la moelle des os, et dans la sécrétion intestinale habituellement sanguinolente des animaux qui meurent spontanément.

A l'autopsie de ces animaux on trouva des ecchymoses très marquées de la surface du péricarde viscéral, parfois même de la péricardite, une congestion du foie et de la dégénérescence graisseuse. La surface péritonéale de l'intestin est très congestionnée, souvent avec de petites ecchymoses. Le péritoine lui-même, lorsqu'il ne présente pas des lésions visibles à l'œil nu, est parsemé à sa surface de bacilles divers provenant d'une migration à travers les parois de l'intestin. La muqueuse intestinale est très congestionnée, surtout au niveau du gros intestin, qui est distendu par une sécrétion muco-sanguinolente.

L'ensemble de ces caractères symptomatologiques et anatomiques justifie le nom de choléra des canards que nous donnons à cette maladie.

Des expériences que nous avons faites avec les micro-organismes recueillis et cultivés, il résulte que le choléra des canards n'est mortel que pour les canards ; il respecte les poules et les pigeons, il ne tue les lapins qu'à haute dose. Il est moins actif que le choléra des poules, qui tue tous ces animaux. Enfin, il doit être considéré comme une maladie distincte du choléra des poules. »

FORMULAIRE

Pilules contre la spermatorrhée. — De Sinéty.

Extrait de belladone.....	ää 0, gr. 20 centigr.
Belladone pulvérisée.....	
Conserve de roses q. s. pour 10 pilules.	

Dans le cas de spermatorrhée nocturne, résultant du spasme des vésicules séminales, le malade prend en se couchant, de 1 à 3 de ces pilules, en ayant soin de les ingérer toutes à la fois. — Si l'on suppose, au contraire, que la spermatorrhée résulte de l'atonie des vésicules séminales, on administre des lavements froids, des douches froides en jet,

de 10 à 20 secondes de durée. On conseille en outre, matin et soir, au moment du repas, une à deux prises du mélange suivant : ergot de seigle récemment pulvérisé 10 centigr., noix vomique pulvérisée 2 centigr.; mêlez pour une prise. — Frictions d'alcool camphré sur la région lombaire et à la face interne des cuisses. — N. G.

COURRIER

Le Conseil de la Faculté de médecine de Paris, dans sa dernière séance, a entendu un rapport de M. le professeur Damaschino, sur la spécialisation des agrégés. Il a approuvé les conclusions de ce rapport qui demande la spécialisation de trois agrégés sur cinq, à la suite des concours à venir.

Les premières chaires, dont les agrégés seront spécialisés, sont les chaires d'ophthalmologie, de pathologie expérimentale et comparée, d'anatomie pathologique, d'hygiène, de médecine légale, des maladies mentales, des maladies cutanées et syphilitiques.

Plus tard, on donnera des agrégés spéciaux aux chaires de thérapeutique, des maladies nerveuses et des maladies des enfants. (*Gazette des hôpitaux.*)

— Par arrêté ministériel, en date du 25 mai 1888 :

M. le docteur Verneau, préparateur au Muséum, est nommé officier de l'instruction publique.

MM. Chancre, chef des bureaux de l'Académie de médecine, et Thominot, préparateur au Muséum, sont nommés officiers d'Académie.

— Par décret, en date du 26 mai 1888, M. le docteur Coffignon, maire de Marle (Aisne), est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Vendredi 1er juin, à neuf heures du matin, s'est ouvert à la Faculté de médecine de Paris, un concours pour la nomination à deux emplois de suppléants des chaires d'anatomie et de physiologie à l'Ecole de médecine de Tours. Le jury se compose de MM. Mathias-Duval, président ; Charles Richet, Rémy, Danner et Ledouble, de l'Ecole de médecine de Tours, juges titulaires, et de MM. Cornil et Reynier, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de deux, sont MM. Révol et Gilles.

— Le concours du prosectorat de la Faculté de médecine de Paris s'ouvrira le lundi 4 juin 1888. Le jury se compose de MM. les professeurs Guyon, Duplay, Mathias-Duval, Farabeuf et Charles Richet, juges titulaires, et de MM. Verneuil et Lannelongue, juges suppléants.

Les candidats, au nombre de onze, sont : MM. Chevalier, Delbet, Jonesco, Leguen, Lyot, Potherat, Récamier, Regnauld, Rieffel, Sébileau et Thierry.

Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. — L'inauguration officielle du nouveau Musée de l'hôpital Saint-Louis, à Paris, aura lieu dans la première quinzaine du mois d'août de l'année prochaine. A cette occasion et en raison de l'affluence probable à Paris de médecins de la France et des autres pays, les médecins de l'hôpital Saint-Louis ont jugé le moment favorable pour la réunion d'un Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie. Ce Congrès, dont la durée sera d'une semaine, se tiendra dans la grande salle du Musée de l'hôpital Saint-Louis, sous la présidence de MM. Ricord et Hardy. Adresser les adhésions à M. Feulard, à l'hôpital Saint-Louis.

Assistance publique. — *Legs Jardin.* — Par décret de M. le ministre de l'intérieur, en date du 4 mai 1888, le directeur général de l'Assistance publique, à Paris (Seine), est autorisé à accepter le legs fait aux pauvres de cette ville et consistant en une somme de 10,000 francs, offerte par M. Jardin (Charles-François) pour être partagée entre les hospices et les bureaux de bienfaisance.

Asile clinique (*Sainte-Anne*). — M. Poubelle, préfet de la Seine, a pris à la date du 17 mai les deux arrêtés qui suivent :

Premier arrêté. — Art. 1er. M. Dagonet (Henri), médecin en chef de la division des hommes à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est admis sur sa demande à faire

©BIU Santé

valoir ses droits à la retraite pour cause d'ancienneté de services, à partir du 1er juin 1888. M. le docteur Dagonet, Henri, est nommé médecin honoraire des asiles publics d'aliénés du département de la Seine.

Art. 2. Le secrétaire général de la Préfecture et le directeur des affaires départementales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution des présents arrêtés.

Deuxième arrêté. — Art. 1er. M. le docteur Dubuisson (Paul), médecin-adjoint à l'asile public d'aliénés de Sainte-Anne, est nommé médecin en chef de la division des hommes dudit asile, en remplacement du docteur Henri Dagonet, admis à faire valoir ses droits à une pension de retraite.

Art. 2. M. le docteur Dagonet (Jules) est nommé médecin-adjoint de l'asile Saint-Anne, en remplacement du docteur Dubuisson, nommé médecin en chef audit asile.

ECOLE DE MÉDECINE DE TOULOUSE. — Le concours pour deux places de professeur suppléant de pathologie externe et de clinique obstétricale à l'Ecole de médecine de Toulouse s'est terminé par la présentation de deux candidats : MM. les docteurs Vieusse et Secheyron. Il y avait six candidats ; deux se sont retirés pendant le concours; quatre candidats ont poursuivi toutes les épreuves. La question écrite avait pour sujet : La région ombilicale et les plaies pénétrantes de l'abdomen. La question orale avait pour sujet : L'étude des ruptures de l'urèthre. Il y a eu deux épreuves cliniques à l'hôpital Saint-André et deux examens de femmes enceintes. Enfin, la question de médecine opératoire était une désarticulation sous-astragalienne.

Le concours pour une place de professeur suppléant de pathologie interne s'est terminé par la nomination du Dr Cabadé. Il y avait quatre concurents. Ce concours a commencé le 5 mai; la première épreuve, l'épreuve écrite, a eu pour sujet de l'hydropneumothorax. La question orale qui a été subie le 19 mai était le goître exophthalmique. Les épreuves cliniques ont eu lieu le 10 mai à l'hôpital Saint-André. Le 14 mai, les candidats ont subi l'épreuve pratique d'anatomie pathologique avec démonstration. Ils ont eu à examiner un cœur atteint de péricardite, les deux reins d'un sujet mort de néphrite mixte et le poumon gauche d'un sujet mort de phthisie tuberculeuse.

Le concours pour une place de professeur suppléant de physique et chimie, n'a pas donné lieu à présentation. Il y avait six inscrits, deux candidats ont soutenu le concours jusqu'au bout, MM. Faugerat et Lespiau.

Enfin, le concours de professeur suppléant pour la pharmacie s'est terminé par la présentation de L. Beille. (*Gaz. hebd. des sc. méd. de Bord.*).

DÉCROISSANCE DU NOMBRE DES MARIAGES EN EUROPE. — La *Pall Mall Gazette* donne les chiffres suivants : En Angleterre, pendant l'année 1885, il y avait 17,5 mariages pour 1,000 habitants, et seulement 14,1 en 1886 ; pendant la même période, la moyenne est tombée de 15,7 à 13,4 en Belgique, de 16 à 14,8 en France. Pour les vingt dernières années, la moyenne était de 17,1 en Autriche, de 17,4 en Allemagne, de 16,2 en Hollande, et elle est tombée en 1886, pour chacun de ces pays, à 15,5, 15,8 et 13,9.

L'âge moyen du mariage a suivi une augmentation progressive depuis 1873 et était en 1886 de 28 ans 2 mois pour les hommes et 25 ans 9 mois pour les femmes. Concurremment à ce retard dans l'époque des mariages, il faut noter une augmentation notable de la prostitution.

COLLÈGE DE FRANCE. — M. Hénocque fera des leçons sur la spectroscopie du sang, à partir du samedi 9 juin et les samedis suivants, à quatre heures, salle nº 6.

Il traitera des applications de la spectroscopie du sang, à la physiologie, à la pathologie, à la thérapeutique et à la toxicologie.

L'ÉMULSION MARCHAIS est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. LANCEREAUX : Lithiase rénale. — II. BIBLIOTHÈQUE : Traité de chirurgie de guerre. — Œuvres complètes (anatomie, physiologie, chirurgie) de Jean Méry. — III. REVUE DES JOURNAUX : L'anthrarobine dans les affections de la peau. — Du phénate de camphre. — IV. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — V. THÈSES de doctorat. — VI. FORMULAIRE. — VII. NOUVELLES de l'étranger. — VIII. COURRIER.

Hôpital de la Pitié. — M. LANCEREAUX.

Lithiase rénale.

Ses effets et ses complications (coliques néphrétiques, anurie, hydronéphrose et néphrite interstitielle, suppuration du rein, abcès de voisinage, perforations diverses). — Evolution; diagnostic et pronostic. — Etiologie et pathogénie. — Indications thérapeutiques; traitement général et local.

Leçon recueillie par M. ŒTTINGER, interne du service (année 1884).

On désigne sous le nom de lithiase rénale une affection qui consiste dans la formation de petites concrétions pierreuses dans les bassinets, les calices ou même le parenchyme du rein. Le nom de « gravelle » sert à dénommer des corps granuleux du volume d'une tête d'épingle ou plus petits, rencontrés dans l'urine refroidie de certaines personnes. Quand ces concrétions ont un volume plus considérable, sans excéder les limites du diamètre de l'uretère, de manière à pouvoir sortir par ce canal, elles prennent le nom de « graviers »; lorsqu'elles sont trop volumineuses pour subir un mouvement d'émigration, elles s'appellent des « calculs ».

Ces diverses concrétions ont entre elles d'intimes connexions, puisqu'en général la gravelle commence, le gravier suit et le calcul survient souvent plus tard; les différences qui les séparent sont donc purement arbitraires, mais comme les symptômes auxquels elles donnent lieu sont généralement variables, si leur origine est toujours la même, il est permis de conserver cette distinction, utile en pratique, de gravelle, graviers et calculs.

Nous aurons à étudier pour chacune de ces concrétions leurs conditions de formation et leurs effets.

Les causes de la gravelle sont encore mal déterminées, mais il est certain que bien des individus y sont prédisposés héréditairement, soit d'une façon directe, soit d'une façon indirecte. En effet, les parents peuvent avoir été atteints de gravelle, ou bien ils ont présenté les symptômes d'affections qui, fréquemment, coïncident avec elle, et se rapportent à la goutte ou à l'herpétisme, maladies générales dont je n'ai pas à vous parler ici, et qui offrent de nombreux points de ressemblance.

A côté de ces conditions étiologiques bien connues, il existe encore des conditions de formation peu étudiées de la lithiase rénale.

La gravelle se présente sous la forme d'un sable rouge ou jaune, se déposant dans le fond du vase, quelque temps après l'émission des urines, et qui est le plus habituellement formé par des cristaux d'acide urique, rarement par de l'acide oxalique ou de l'oxalate de chaux; la gravelle tien-

©BIU Santé

drait donc surtout à une augmentation de la quantité d'acide urique dans les urines. Aussi a-t-on attribué la production de la gravelle à un régime trop fortement azoté: on comprend aussi qu'une oxydation incomplète des matérieux azotés détermine une production surabondante d'acide urique, terme moins élevé dans la combustion de ces substances que l'urée; l'absence d'exercices musculaires ne serait donc pas sans jouer un certain rôle dans la production en excès de l'acide urique.

Indépendamment du régime, de l'exercice musculaire, etc., il faut faire jouer un grand rôle au système nerveux; quoique sa physiologie soit encore mal déterminée, il n'en est pas moins certain qu'il préside à la nutrition intime des tissus; qu'il règle les actions chimiques qui se passent dans l'organisme; dans la goutte, dans l'herpétisme et dans leurs manifestations, il intervient sans cesse, et c'est lui qui forme le lien qui rattache ces deux états morbides l'un à l'autre. Le système nerveux préside encore à la sécrétion, à l'excrétion urinaire, et chacun connaît de nombreux cas d'anurie, de polyurie liés aux troubles du système nerveux; l'anurie des hystériques, la polyurie des concours sont des faits trop communs pour que nous y insistions; le rein est donc sujet à de nombreuses variations dans sa sécrétion suivant les troubles divers du système nerveux. Aussi la diminution de la sécrétion urinaire joue-t elle un grand rôle dans la production de la gravelle : tel malade, qui prédisposé à la lithiase urinaire n'aura aucun accident tant que les urines seront abondantes, sera pris subitement de complications lorsque la sécrétion urinaire diminuera de quantité.

Ajoutons enfin à ces conditions pathogéniques multiples les lésions locales des bassinets, des calices, qui peuvent, par les altérations produites dans la qualité des urines, déterminer la précipitation de certaines substances qui y sont contenues, telles que l'acide urique, l'acide oxalique, etc., qui peuvent former des sels d'urate d'ammoniaque, de chaux, de potasse, etc., ou des oxalates combinés à ces mêmes bases. On trouve exceptionnellement, dans ces conditions, des concrétions de cystine ou d'acide xanthique.

Quels sont les effets de la lithiase urinaire envisagée sous la forme de gravelle? Souvent ils sont nuls, car l'acide urique traverse le rein, les uretères, à l'état de dissolution et se précipite tardivement dans le vase de nuit quelque temps après l'émission. Quand ces concrétions se sont formées dans les calices ou dans le bassinet, les symptômes sont variables suivant les individus; elles déterminent le plus habituellement des sensations de pesanteur, de douleur, de gêne dans la région lombaire; souvent aussi le malade éprouve des envies fréquentes d'uriner, l'émission se fait en plusieurs fois, et il semble que ces concrétions déterminent du côté de la vessie un véritable spasme. L'acide urique peut encore se précipiter dans le rein, dans les tubes urinifères, et on voit alors, au sommet des pyramides, de petits grains jaunâtres, brillants; cette lésion qui se rencontre assez fréquemment chez les nouveau-nés avait été désignée par Parrot sous le nom d'infarctus uratiques.

En même temps que la gravelle, il existe encore d'autres manifestations concomitantes; le graveleux est fréquemment atteint d'hémorrhoïdes, de de varices; c'est un malade triste, hypochondriaque, et il est souvent un client désagréable et exigeant.

Les graviers sont souvent constitués par l'agglomération des petites concrétions dont nous venons de parler; ils siègent dans le bassinet, dans

les calices ou même dans le parenchyme rénal. Ainsi, je me rappelle avoir eu, en 1874, dans mon service à l'hôpital de Lourcine, une femme âgée de 65 ans, ayant succombé à des accidents asystoliques liés à l'athérome artériel et qui présentait dans le rein droit un gravier hérissé d'aspérités, du volume d'un noyau de cerise, formé de couches concentriques noirâtres avec un noyau central constitué par de l'acide urique. Mais, dans la plupart des cas, le gravier se dépose dans les calices ou les bassinets. Leur nombre est variable, depuis 1 jusqu'à 10, 20, et même bien plus; leur forme est habituellement arrondie, ovalaire, avec des prolongements plus ou moins irréguliers; d'autres fois, ils sont aplatis, irréguliers et forment de petites masses bosselées. Leur volume varie depuis les dimensions d'un grain de chènevis, d'une lentille, jusqu'à celle d'une petite cerise; leur densité est assez considérable, plus forte que celle de l'eau; leur couleur est rouge, brunâtre, leur consistance est ferme ou molle, et parfois ils se laissent facilement écraser sous le doigt. Leur constitution chimique est celle des concrétions urinaires en général; ils sont formés d'acide urique, d'urates de soude, d'ammoniaque, de potasse, de magnésie, ou d'acide oxalique et de ses sels, ou parfois de cystine, de xanthine, etc. Le plus souvent ils sont constitués par des substances diverses : ainsi, le centre est fréquemment formé d'acide urique, tandis que les couches extérieures, concentriques, sont constituées par des urates de soude, d'ammoniaque ou d'oxalate de chaux.

Examinons maintenant les effets résultant de la présence des graviers dans le rein, les calices, les bassinets ou les uretères : ces effets sont très variables et quelquefois même ils sont entièrement nuls. Il m'est arrivé plusieurs fois de trouver, à l'autopsie, 10, 20 graviers dans le bassinet qui n'avaient donné lieu à aucune attaque de coliques, à aucun symptôme morbide; dans la plupart des cas, cependant, ces corps étrangers n'attendent qu'une occasion pour manifester leur présence et donner lieu à des accidents plus ou moins graves.

Quelques malades souffrent, dans la région lombaire, de douleurs assez vives pour appeler l'attention du médecin à ce sujet, mais, dans la plupart des cas, ils le renseignent très mal, et l'on est fort embarrassé de savoir s'il s'agit de simples névralgies ou d'accidents plus sérieux; pour pouvoir établir un diagnostic certain, il faut interroger les malades avec la plus grande attention, chercher à se rendre compte s'ils ont rendu du sable uratique dans les urines, et malgré tout cela l'on reste souvent fort perplexe.

Dans d'autres circonstances, les symptômes sont plus accusés; à la suite d'une marche prolongée, d'un voyage en chemin de fer, d'une course en voiture, le malade rend une urine noire, épaisse, bourbeuse; il s'agit alors d'une hématurie dont les caractères diffèrent de l'hématurie ordinaire; en effet, la coloration noire des urines tient à l'altération des globules sanguins dont l'hémoglobine est dissoute par l'urine dans laquelle ils séjournent assez longtemps.

Plus caractéristiques encore sont les accidents dont nous allons parler: à la suite d'excès de boissons, après un repas trop abondant, après une marche forcée, après des exercices gymnastiques, tels que la danse, etc., survient, au milieu de la nuit, une douleur très vive dans l'abdomen, qui est suivie généralement de vomissements; on croit le plus souvent qu'il s'agit d'un indigestion et, dans bien des cas, ces accidents marchent de

©BIU Santé

telle façon que le diagnostic porté semble être justifié; en effet, ils disparaissent souvent le lendemain; mais, en pareille circonstance, il faut chercher à préciser le siège et les caractères de la douleur, préciser les irradiations des phénomènes douloureux, et savoir reconnaître s'ils sont continus ou se manifestent sous forme de crises, de paroxysmes; parfois aussi, la douleur est si violente qu'elle s'accompagne de phénomènes généraux, les traits s'altèrent, les yeux s'excavent, et on pourrait croire alors qu'il se développe une inflammation du péritoine, ou qu'il s'agit d'une occlusion intestinale.

La colique néphrétique est un des accidents les plus communs liés à l'existence de graviers dans les bassinets; sous une influence quelconque, ils se déplacent, arrivent dans l'uretère; celui-ci, non habitué à la présence de corps solides, se trouve excité; sa sensibilité est mise en jeu, et il se contracte spasmodiquement sur le gravier qu'il enserre. Cette contraction est très douloureuse, et on l'a comparée avec raison aux coliques utérines au moment de l'accouchement; là aussi, il y a dans l'utérus un corps étranger qui, à une certaine époque de la grossesse, devient incompatible avec l'état de l'utérus; ce dernier, excité, se contracte sur lui, et il détermine des douleurs intenses, paroxystiques, intermittentes; ce même caractère de la douleur, nous le retrouvons dans la colique néphrétique; en effet, l'excitation partie de l'uretère est transmise aux centres, sur lesquels elle se réfléchit en produisant des contractions spasmodiques de la partie irritée. La pathogénie de ce symptôme nous explique pourquoi la morphine, employée à doses suffisantes, est le traitement par excellence de la colique néphrétique; paralysant la moelle, elle abolit son activité réflexe, le spasme uretéral ne se produit plus, et l'urine accumulée dans les uretères et les bassinets, en arrière du gravier, le chasse au devant d'elle jusque dans la vessie. Pour obtenir cet heureux résultat, il ne faut pas hésiter à employer la morphine à doses suffisantes et répéter les injections sous-cutanées, jusqu'à 4, 5 centigrammes ou même plus, si le malade ne sent pas la douleur diminuer; on s'arrête lorsque les phénomènes douloureux ont entièrement disparu, et jamais, dans ces conditions-là, la morphine, même à doses élevées, ne produit d'accidents, si on sait l'administrer comme il convient, d'une façon progressive et suffisante, jusqu'à cessation de la douleur. Dans la plupart des cas, le malade, traité de cette manière, vous dira, après dix-huit ou vingt-quatre heures, qu'il a rendu son gravier. Quelquefois cependant la douleur, après avoir presque entièrement disparu, reparaît et donne lieu les jours suivants à de nouvelles coliques qui peuvent se répéter pendant cinq ou dix jours; dans ces conditions, la dose de morphine n'a pas été suffisante, ou bien de nouveaux graviers ont émigré à leur tour. Quelquefois, enfin, le gravier peut s'enchatonner dans l'uretère d'une façon temporaire ou définitive, et donner lieu à des accidents passagers ou permanents; je veux parler surtout des hydronéphroses d'ordres divers.

Elles peuvent, dans certaines circonstances, apparaître très rapidement et disparaître au bout de qnelques jours, constituant alors des accidents aigus. Telle est l'observation suivante :

G... (Marie), âgée da 25 ans, ménagère, est entrée à l'hôpital de la Pitié au mois de janvier 1882. C'est une femme bien constituée, qai n'a jamais été malade; elle a été réglée à l'âge de 15 ans, mariée à l'âge de 17; elle a eu trois grossesses qui, toutes, se sont heureusement terminées et n'ont donné lieu à aucun accident. Dans sa jeunesse,

avant l'établissement de la menstruation, elle a eu souvent de violentes migraines; mais, depuis cette époque, elles n'ont pas reparu. Le 21 décembre 1881, elle toussait depuis quelques jours et souffrait d'un coryza accompagné, paraît-il, d'un léger mouvement fébrile, lorsque, quinze jours plus tard, le 8 janvier, vers les cinq heures du soir, elle fut prise de douleurs extrêmement vives ayant pour siège le flanc droit et s'irradiant dans tout l'abdomen; en outre, elles survenaient avec des rémissions prolongées et prenaient alors la forme de véritables paroxysmes; à huit heures du soir, les vomissements commencèrent et durèrent une partie de la nuit; le lendemain, les douleurs et les vomissements se manifestèrent de nouveau, ainsi que les jours suivants, mais avec moins d'intensité.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital, le 12 janvier, les douleurs avaient presque entièrement cessé; mais la malade éprouvait une grande faiblesse, et son visage, par sa pâleur, par l'altération des traits, accusait que les souffrances des derniers jours avaient dû être très vives. Nous constatâmes, en l'examinant avec attention, dans le flanc droit, une tumeur allongée, arrondie, s'étendant en avant jusqu'à deux travers de doigt de la ligne ombilicale, et occupant en hauteur tout l'espace compris entre les fausses côtes et l'épine iliaque; cette tumeur était arrondie, peu douloureuse, lisse, résistante, élastique et elle pouvait être facilement saisie entre les deux mains, la droite appliquée sur les parois abdominales, la gauche dans la région lombaire; la peau n'était ni rouge, ni œdématiée, et nous étions assez embarrassés pour porter un diagnostic, lorsque, les jours suivants, le 18 janvier, dix jours après le début des accidents, la tumeur diminua de volume; en même temps les urines étaient plus abondantes et changeaient de caractères; elle étaient, en effet, beaucoup plus troubles que les jours précédents.

Le 19 janvier, la température qui, jusque-là, avait oscillé entre 38°4 et 39°6, descend à 37°; en même temps la tumeur diminue de volume, et finit par disparaître à la fin du mois de janvier; cette diminution s'était faite par oscillations successives et non d'une façon progressive et continue.

L'apparition rapide d'une tumeur lombaire, les caractères de cette tumeur, le début des accidents par des douleurs vives, paroxystiques, accompagnées de vomissements, tout cela nous avait fait admettre l'existence d'une obstruction de l'uretère par un calcul et la formation d'une hydronéphrose par rétention et obstacle au cours de l'urine; les événements montrèrent que nous avions raison.

Les caractères de la tumeur seuls suffisaient à éloigner l'idée d'un phlegmon périnéphrétique qui s'accompagne d'une tuméfaction plus diffuse, et d'œdème de la région lombaire; le siège particulier qu'elle occupait ne devait pas non plus nous faire songer à un phlegmon du ligament large ou à un kyste ovarique.

Je me souviens également d'un fait analogue que j'ai observé à l'Hôtel-Dieu, lorsque j'étais chef de clinique; il s'agissait, dans ce cas, d'une jeune femme de 26 ans qui, à la suite de coliques néphrétiques, avait présenté une tumeur du flanc gauche, tumeur volumineuse, élastique, ovalaire, presque indolore, qui disparut en quarante-huit heures environ, s'accompagnant d'augmentation de la sécrétion urinaire; pareil fait m'avait frappé en 1869 à l'hôpital de la Charité. Ces observations sont peut-être encore plus fréquentes dans la clientèle de la ville : ainsi, il y a peu de temps j'étais appelé auprès d'un de mes clients qui, le lendemain d'un voyage à Reims, où il avait bu peut-être un peu trop de vin de Champagne, et pendant lequel il avait été fortement ballotté par le mouvement du chemin de fer, fut pris de coliques néphrétiques intenses, s'accompagnant d'un état gastrique accentué et d'une diminution considérable de la sécrétion urinaire; je constatai, en même temps, l'existence d'une tumeur dans le flanc droit, assez volumineuse, qui avait disparu complètement douze jours

©BIU Santé

après le début des accidents. Une autre de mes clientes, Mme L..., âgée de 40 ans, me présenta des accidents analogues.

Les faits de ce genre ne sont pas extrêmement rares, car je pourrais en ajouter un certain nombre à ceux que je viens de vous rappeler; mais je me contenterai de vous signaler encore le fait suivant : F... (Henri), âgé de 33 ans, homme bien constitué, n'ayant jamais eu de maladies antérieures, entra le 1er juillet 1872 à l'hôpital Saint-Antoine pour des douleurs extrêmement vives, survenant avec paroxysmes, et qui existaient déjà six jours avant son entrée à l'hôpital. Ces douleurs s'étaient accompagnées de vomissements verdâtres abondants, elles se manifestaient deux ou trois fois dans la journée, et trois ou quatre fois la nuit; débutant par l'épigastre, elles s'irradiaient dans les deux flancs; les urines ne présentaient rien de particulier, et ne contenaient ni sang ni pus; elles n'étaient pas non plus diminuées de quantité.

Ce qui me frappa le plus fut l'existence d'une tumeur volumineuse située dans le flanc droit, tumeur de la grosseur d'une tête de fœtus à terme, remontant jusque sous le foie, dont elle était indépendante, et descendant jusqu'à l'épine iliaque antérieure et supérieure. Cette tumeur était peu douloureuse et présentait quelques bosselures à sa surface; son existence fut constatée deux jours après l'entrée du malade à l'hôpital, alors qu'il n'existait plus ni fièvre ni coliques; elle resta stationnaire pendant trois ou quatre jours, puis elle disparut sept jours après; le 15 juillet, tous ces accidents avaient entièrement cessé et le malade sortait complètement guéri.

Contrairement à certains malades qui, à la suite de coliques néphrétiques, se trouvent guéris en quelques heures, il en est qui continuent à souffrir, chez quelques-uns se forme au bout de peu de jours une tumeur de consistance et d'aspect particuliers, qui disparaît avec une grande rapidité; le gravier, retenu dans l'uretère par le spasme de ce conduit, se trouve chassé et tombe dans la vessie. On est surpris, dans beaucoup de ces cas, de constater qu'il s'agit d'un gravier insignifiant, de la grosseur d'un grain de millet ou de chènevis, qui seul produit ces accidents. Cette hydronéphrose passagère peut parfois devenir définitive, et s'accompagner de suppuration des calices, du bassinet ou du rein lui-même; nous reviendrons sur ce sujet ultérieurement.

Douleurs vagues, hématuries, coliques, puis hydronéphrose momentanée ou définitive avec atrophie du rein et suppuration de cet organe, tels sont les symptômes auxquels peut donner lieu la présence de graviers dans les uretères.

Assez ordinairement, la quantité d'urine émise pendant la durée de ces divers accidents est diminuée, mais parfois apparaissent des accidents bien plus sérieux. On voit alors un malade cesser entièrement d'uriner pendant deux ou trois jours, sans qu'il y ait en aucun point des voies urinaires un obstacle au cours de l'urine; ou bien cette anurie devient persistante, qu'il y ait rétention ou que celle-ci n'existe pas; l'issue d'un cas pareil est presque toujours fatale. L'automne dernier, j'étais appelé auprès d'un confrère d'Alençon qui n'avait pas uriné depuis trois jours et qui présentait dans les membres, au moment de mon examen, des secousses musculaires, prodromes habituels des attaques d'éclampsie urémique. Malgré l'administration de deux gouttes d'huile de croton, destinée à créer du côté de l'intestin une voie d'élimination pour les substances extractives

toxiques de l'urine que n'éliminait plus le rein, la mort eut lieu le lendemain, cent heures environ après le début de l'anurie, au milieu d'accidents urémiques, caractérisés par du coma, de la somnolence et une perte complète de l'intelligence.

Ce malheureux confrère avait depuis longtemps de la lithiase rénale et, à la suite d'une dernière colique, il avait cessé d'uriner par suite sans doute de l'obstruction des uretères, car les deux reins étaient manifestement tuméfiés.

Pareils accidents ne sont pas très rares; ils se montrent à la suite d'une simple colique néphrétique, ils sont quelquefois passagers et sans gravité; autrement, lorsque les deux reins sont simultanément atteints, et surtout dans les cas où, l'un d'eux étant atrophié, le second vient à s'altérer et à cesser de fonctionner par suite de l'obstruction de son uretère, ils sont des plus sérieux et fréquemment mortels. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

Traité de chirurgie de guerre, par E. Delorme. — Paris, F. Alcan, 1888.

Ce livre commence par une introduction développée dans laquelle l'auteur, tout en rappelant l'action exercée par les chirurgiens militaires français sur les progrès de la chirurgie d'armée en particulier, montre en outre les causes persistantes et multiples qui, à la guerre, influencent les résultats des traitements et les modifient souvent d'une façon profonde.

Après une description très détaillée des projectiles actuellement en usage tant dans l'armée française que dans les autres armées de l'Europe et l'analyse des causes qui en modifient la puissance vulnérante, M. Delorme aborde l'histoire générale des plaies des parties molles, et de leurs complications immédiates et secondaires.

L'auteur annonce, pour la fin de l'année, le second volume qui complètera l'ouvrage, et dans lequel il traitera les traumatismes des os et les lésions des articulations, et terminera par l'exposé du fonctionnement de la chirurgie militaire en campagne.

Le premier tome forme un beau volume in-8° de près de 700 pages, avec de nombreuses figures dans le texte et une planche en chromo-lithographie. — P. C.

Œuvres complètes (anatomie, physiologie, chirurgie) de Jean Méry, chirurgien de la reine, chirurgien-major des Invalides, premier chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur en anatomie, membre de l'Académie des sciences, etc., etc., réunies et publiées par le docteur L.-H. Petit, bibliothécaire-adjoint de la Faculté de médecine de Paris, précédées d'une Introduction de M. le professeur Verneuil, avec trois planches et un portrait de Méry, tirés hors texte. — 1 vol. in-8°. Félix Alcan, éditeur.

Malgré tous les titres et l'éclat qu'il a jeté sur les progrès de la science française à la fin du XVIIe siècle et au commencement du XVIIIe siècle, Jean Méry est presque inconnu de nos jours parce que ses *Œuvres*, disséminées dans 30 volumes de l'histoire de l'Académie des sciences, ne peuvent être que difficilement consultées.

En fouillant les Archives de l'Académie des sciences et celles de l'Assistance publique relatives à l'Hôtel-Dieu, M. Petit a pu reconstituer les travaux de Jean Méry comme anatomiste et comme chirurgien. On doit à Méry, comme anatomiste, la découverte des glandes bulbo-uréthrales, une description exacte de l'oreille, de la formation et de la chute des dents, de la circulation utéro-placentaire, etc. Comme chirurgien, il était partisan du pansement à l'eau-de-vie; il a décrit l'un des premiers l'emphysème consécutif aux fractures des côtes, la hernie de la vessie, la ponction sus-pubienne, etc.

M. le docteur Petit a donc bien mérité de la science française, a dit M. le professeur Verneuil dans son Introduction, en vulgarisant l'œuvre d'un maître qu'on citait sans doute, mais qu'on ne connaissait pas assez. — P. C.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

L'anthrarobine dans les affections de la peau. — L'anthrarobine est une poudre blanc jaunâtre, dont la constitution chimique est celle de la chrysarobine. Incorporable aux corps gras, elle est peu soluble dans l'eau, soluble dans 10 parties de glycérine à 100°, 10 parties d'alcool absolu froid. La poudre doit être conservée à l'abri de l'air et de la lumière.

Behrend a conseillé les formules suivantes :

Anthrarobine.....	10 parties		20 parties.
Huile d'olive.....	30 —	} ââ	40 —
Lanoline.....	60 —		

M. pour une pommade.

Anthrarobine.....	10 parties	20 parties.
Huile d'olive.....	15 —	20 —
Axonge purifiée.....	75 —	60 —

M. pour une pommade.

Anthrarobine.....	10 parties.
Alcool.....	90 —

Avant d'appliquer l'anthrarobine, il faut, quand il s'agit de psoriasis, décaper les plaques selon les procédés habituels. Elle colore la peau en jaune et cause des démangeaisons et un peu de cuisson, mais elle n'entraîne jamais l'apparition de dermatites ou de phénomènes généraux.

Sur le psoriasis, elle agit plus lentement que la chrysarobine, mais on peut s'en servir sur la face et les organes génitaux. Elle a guéri 17 cas d'herpès tonsurant et 2 cas d'érythrasma. (*Therapeutische Monatshefte*, 1888, 3.)

Du phénate de camphre, par Cochrane. — C'est une dissolution de camphre dans l'acide phénique dans le rapport de 1 à 3. L'auteur a employé le liquide oléagineux et odorant qui se forme, mélangé à parties égales d'un véhicule huileux, contre les furoncles, les démangeaisons de l'herpès et le prurit vulvaire.

En injection sous la peau, le nouveau produit donne d'abord de la cuisson, puis ensuite l'anesthésie locale.

A l'intérieur, on l'a employé en capsules à la dose de 5 à 10 gouttes. (*Gazette hebdomadaire*, 1888, 12.) — P. N.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Continuation de la discussion sur la castration chez la femme. — Sarcome du bras. — Chloroforme et trachéotomie.

M. Tillaux, contrairement à la plupart de ses collègues, penche plutôt vers l'hystérectomie que vers l'oophrectomie. On a dit en faveur de l'ablation des ovaires que cette opération était notablement moins grave que l'extirpation de l'utérus. C'est là un fait incontestable. Cependant, c'est encore une opération grave, puisque 14 p. 100 des cas sont mortels. L'hystérectomie tend à devenir moins dangereuse, et les statistiques allemandes sont de plus en plus favorables. A l'Hôtel-Dieu, l'année dernière, M. Tillaux a fait 6 hystérectomies; il a eu 5 succès.

On a encore dit que l'oophrectomie était plus facile que l'hystérectomie; oui et non. Oui, quand l'ovaire se présente d'emblée et qu'il est plus facile de le pédiculiser que d'enlever l'utérus; non, quand il y a des difficultés et quelquefois des impossibilités telles qu'on est obligé de refermer le ventre.

Le grand reproche que l'on peut faire à la castration est qu'elle n'atteint pas, à coup sûr, son but. Il n'y a rien de plus pénible que de faire une opération qui peut ne donner qu'un résultat temporaire. Peut-elle parer aux accidents douloureux des gros fibromes, aux compressions graves? Ce n'est guère que pour les hémorrhagies qu'on peut avoir raison d'enlever les ovaires. Encore n'est-on pas certain de réussir.

Donc, en présence d'un fibrome qu'il faut opérer, M. Tillaux conseille de commencer l'hystérectomie. Puis, si on la trouve impossible, on se décidera pour l'ablation des ovaires.

M. Tillaux présente une tumeur abdominale qu'il a enlevée chez une fille de 44 ans. C'était une tumeur fibreuse du ligament large qui pesait près de 7 kilogrammes. Derrière elle se trouvait une seconde tumeur fusiforme, collée contre la colonne vertébrale, et se continuant inférieurement dans le bassin; il l'enleva entre deux ligatures et reconnut qu'il s'agissait d'un énorme varicocèle des veines ovariennes.

M. Monod rapporte un fait de castration pour fibrome utérin datant de deux ans. Il s'agissait d'une surveillante de l'hôpital d'Ivry, atteinte d'hémorrhagies profuses mettant sa vie en danger. Après l'opération, la malade perdit du sang avec une périodicité variable pendant seize mois. Il y eut des métrorrhagies dont une nécessita le tamponnement. Cependant la malade retira un grand bénéfice de la castration, car elle put reprendre ses occupations; le fibrome diminua de volume et l'embonpoint revint.

Plusieurs chirurgiens, entre autres Kœberlé, ont dit que, dans ces cas, il y avait ablation incomplète, le pédicule ayant été fait sur l'organe. M. Monod est cependant sûr d'avoir bien placé son fil et de n'avoir pas laissé de tissu ovarien. Ce fait, du reste, n'est pas rare. L'utérus peut continuer à saigner plus ou moins périodiquement, même après l'ablation complète des deux ovaires. L'écoulement persistant se produit surtout après les opérations pratiquées pour des fibromes. La castration unilatérale a pu suffire pour arrêter les pertes, et M. Monod, tout en se défendant de faire le procès de la castration, se demande si la ligature des vaisseaux utéro-ovariens ne serait pas la vraie cause de la suspension des hémorrhagies.

M. Lucas-Championnière s'élève contre une partie des affirmations de M. Monod. Il faut, dans les effets de la castration, distinguer son action sur les hémorrhagies et celle qu'elle exerce sur les ménorrhagies. Dans les observations comme celle de M. Monod, où l'écoulement menstruel se produit, il lui semble impossible d'admettre que la castration a été complète. L'enlèvement intégral des ovaires est souvent des plus difficiles. Quand on a laissé de l'ovaire, les hémorrhagies persistent et le corps fibreux ne s'atrophie pas. Quand on a tout enlevé, souvent il y a une certaine quantité de sang perdue quelques jours après l'opération, mais c'est là la dernière perte. Ce qui rend l'ablation totale parfois si difficile, c'est que l'ovaire a une espèce de prolongement allant vers l'utérus et pouvant même s'infiltrer entre ses fibres. Une petite quantité d'ovaire suffit pour la persistance des fonctions ovariennes.

Il est difficile d'établir des règles générales sur le choix de l'opération; car, dans bien des cas, on fait ce que l'on peut.

Dans les cas où M. Lucas-Championnière a enlevé les ovaires pour des métrorrhagies, il les a toujours trouvés augmentés de volume, même chez les femmes avancées en âge. Cette hypertrophie, qui ne s'accompagne d'aucune lésion, indique au moins une congestion habituelle de l'organe.

M. Terrier, dans les 7 observations de castration qu'il a citées, a noté une fois la persistance des règles, mais il s'agissait d'ovaires papilliformes et kystiques, et certainement l'ablation avait été incomplète. Dans les cas où il a eu des ovaires papilliformes à pédiculisation difficile, il a observé presque toujours la persistance des règles. Pour lui donc, si à la suite de l'enlèvement des ovaires il y a une perte plus ou moins régulière, c'est qu'il reste une portion de tissu ovarien.

M. Monod n'a pas dit qu'il y avait de véritables règles, mais un suintement assez régulier comme époque d'apparition, et, de plus, des hémorrhagies considérables en dehors des règles. L'ablation des ovaires n'est pas si difficile qu'on le dit, puisque presque toujours on réussit à suspendre l'écoulement sanguin.

©BIU Santé

M. Bouilly a fait huit fois l'ablation des annexes chez des femmes atteintes de fibrome; il ne veut s'occuper que des 5 cas où ovaires et trompes étaient sains ou supposés sains, les lésions des annexes ayant du reste une influence fâcheuse sur les accidents des fibromes. Sur ces 5 cas, quatre fois il a opéré pour des hémorrhagies, et les femmes ont guéri rapidement.

Les suites immédiates furent toutes bénignes, les suites éloignées satisfaisantes. Dans 1 cas, les hémorrhagies furent suspendues pendant trois mois, bien qu'il eût laissé un ovaire et une trompe d'un côté; après ce temps, les règles devinrent régulières. Un deuxième cas fut opéré en pleine hémorrhagie; celle-ci s'arrête immédiatement. La troisième malade perdait à flot; tout s'arrêta pendant trois mois; puis les règles revinrent régulièrement; mais elles ne duraient qu'un jour et demi à deux jours. La quatrième est opérée depuis un mois; la date des règles s'est passée sans écoulement. Enfin, la cinquième est toute récente.

Dans les 4 cas déjà assez anciens, le fibrome a diminué très rapidement.

En résumé, il semble à M. Bouilly que l'on peut se montrer satisfait des résultats de l'opération; seulement elle n'est pas applicable à beaucoup de cas, puisqu'il l'a pratiquée cinq fois sur 150 à 200 fibromes qu'il a pu voir.

— M. Le Dentu fait un rapport sur une observation du docteur Boiteux relative à un cas de sarcome du bras opéré d'abord par l'extirpation, puis ensuite par l'amputation de l'épaule. Il y eut survie d'à peu près un an. Les récidives se font facilement dans les sarcomes, malgré l'amputation dans la contiguïté. Cependant quand les nerfs et les vaisseaux sont compromis, il faut s'y résoudre; s'il n'y a que les vaisseaux atteints et que les nerfs soient intacts, on peut, à la rigueur, tenter la résection artérielle. En fait, le cas est toujours grave.

M. Le Dentu lit encore un rapport sur un cas de trachéotomie chez l'adulte dont l'observation a été envoyée par M. Castex. Ce dernier, ayant essayé l'emploi du chloroforme, dut rapidement cesser, l'asphyxie étant devenue rapidement immédiate. C'est là un fait malheureux, mais généralement l'anesthésie est utile pour la trachéotomie.

M. Terrier fait remarquer que le fait de M. Castex ne prouve qu'une chose, c'est que sa malade avait de l'asphyxie et que le chloroforme ne l'a pas empêchée. On a dit que dès que l'on incise devant la trachée, « l'inhibition » fait cesser la douleur : cela est loin d'être prouvé.

M. Segond rapporte un cas de trachéotomie pour œdème de la glotte, où l'injection de cocaïne sur le trajet du couteau empêcha la douleur.

MM. Schwartz, Quenu et Reclus se louent de l'emploi du chloroforme dans la trachéotomie. M. Reclus a eu aussi de bons résultats par les injections de cocaïne, que préconisent aussi MM. Le Dentu et Hergott pour les petites opérations. — P. C.

Faculté de médecine de Paris.

Thèses de doctorat soutenues pendant le mois de mai 1888.

Mercredi 2 mai. — M. Winocouroff : Cure radicale des hernies et hydrocèles congénitales. (Président, M. Trélat.) — M. Jacques : Intubation du larynx dans le croup. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 3. — M. Bizardel : De la quinine comme prophylactique du paludisme. (Président, M. Brouardel.) — M. Imbert : Etude sur un cas anormal de dilatation de l'estomac. (Président, M. Proust.) — M. le Meignen : Etude sur les formes cliniques de la paralysie saturnine généralisée. (Président, M. Laboulbène.) — M. Augier : Contribution à l'étude du diverticule de Meckel. (Président, M. Mathias-Duval.) — M. Hervé : La circonvolution de Broca. (Président, M. Mathias-Duval.)

Vendredi 4. — M. Dupain : Etudes cliniques sur le délire religieux. Essai de séméiologie. (Président, M. Charcot.) — M. Royetski : Du traitement du catarrhe cervical rebelle et de l'opération de Chister. Excision de la muqueuse curatoire. (Président, M. Fournier.)

Samedi 5 et lundi 7. — Pas de thèse.

Mardi 8. — M. Imassi : Moyens d'exploration des organes génitaux de la femme. (Président, M. Brouardel.) — M. Bourgeois : Contribution à l'étude de la fièvre ourlienne. (Président, M. Brouardel.) — M. Grosset : Des ophthalmies post-morbilleuses. (Président, M. Brouardel.) — M. Heryng : Contribution à l'étude du phlegmon nécrotique du larynx et son rapport avec l'angine érysipélateuse. (Président, M. Cornil.) — M. Besson : Déviations de la taille d'origine réflexe. (Président, M. Cornil.) — M. Guérard : L'hôpital de Lariboisière; l'enclos Saint-Lazare. (Président, M. Laboulbène.) — M. Berrez : De l'ulcère simple de l'œsophage. (Président, Bouchard.) — M. De Senneville : De l'eczéma séborrhéïque. (Président, M. Proust.)

Mercredi 9. — M. Loisnel : Etude sur le fibrome de la paroi abdominale antérieure. (Président, M. Guyon.) — M. Iman : Sur un cas d'asystolie aiguë par dilatation cardiaque. (Président, M. Damaschino.)

Jeudi 10 et vendredi 11. — Pas de thèse.

Samedi 12. — M. Laurent : De la méthode révulsive dans le traitement du mal de Bright. (Président, M. Ball.) — M. Barthomeuf : Considérations sur les folies intermittentes. (Président, M. Ball.) — M. Breton : Essai sur la péritonite scarlatineuse. (Président, M. Laboulbène.)

Lundi 14 et mardi 15. — Pas de thèses.

Mercredi 16. — M. Hauttement : Angine syphilitique secondaire à forme diphthéroïde. (Président, M. Fournier.) — M. Labruhe : Etude chimique du liquide amniotique de la femme. (Président, M. Gautier.)

Jeudi 17. — M. Becavin : L'Ecole de Valence et les médecins valencitains. (Président, M. Laboulbène,) — M. Durand : De l'épithélioma pavimenteux primitif des cicatrices. (Président, M. Duplay,) — M. Lenys : Des plaies graves de l'avant-bras. (Président, M. Duplay. — M. Ménard : Contribution à l'étude de la sciatique, et particulièrement de son traitement par l'analgésine. (Président, M. G. Sée.) — M. Evrain : De la suppuration des épanchements sanguins dans les plèvres. (Président, M. Dieulafoy.)

Du vendredi 18 au mercredi 23. — Pas de thèses.

Jeudi 24. — M. Lemarinier : La transmission de la variole et l'isolement des varioleux dans les hôpitaux. (Président, M. Proust.) — M. Bobinet : Tuberculose pulmonaire consécutive à la fièvre typhoïde. (Président, M. Proust.)

Vendredi 25. — M. Durel : Essai sur la maladie de Dupuytren. (Président, M. Trélat.) M. Œconomou : Contribution à l'étude de la varicelle (spécificité, non inoculabilité). (Président, M. Damaschino.)

Samedi 26. — M. Bellamy : Contribution à l'étude du traitement des cancers de la langue en général, et du plancher buccal en particulier (Avantages des sections osseuses. (Président, M. Richet.) — M. Yersin : Etude sur le développement du tubercule expérimental. (Président, M. Cornil.)

Du 27 au 31 mai. — Pas de thèses.

FORMULAIRE

SUPPOSITOIRE CONTRE LA CYSTITE. — Reliquet.

Iodoforme	0 gr. 10 centigr.
Extrait de jusquiame	0 gr. 07 centigr.
Beurre de cacao	3 grammes.

F. s. a. un suppositoire que l'on introduit profondément dans le rectum, dans le cas de cystite. — Matin et soir, grand lavement d'eau tiède. — S'il existe de la sécrétion uréthrale, prendre, matin et soir, une pilule contenant 10 centigrammes de terpine.

N. G.

©BIU Santé

NOUVELLES DE L'ÉTRANGER

Congrès de Barcelone. — Par l'initiative du Conseil général de l'Exposition universelle de Barcelone, il a été constitué une commission chargée d'organiser deux Congrès scientifiques, l'un de médecine, l'autre de pharmacie, qui se tiendront dans cette ville du 9 au 15 septembre 1888. Le but de ce Congrès sera l'étude des questions importantes de la science. La commission a dressé un programme qui servira de base à la discussion, sans exclure cependant les lectures et communications que les membres des Congrès désireraient introduire sur tout autre sujet rentrant dans les travaux du Congrès.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — MM. les docteurs en médecine qui seraient dans l'intention de faire un cours libre à la Faculté pendant le premier semestre de l'année scolaire 1888-1889, voudront bien se rappeler qu'aux termes de l'article 10 du règlement, les demandes de cours libres, pour le premier semestre de l'année scolaire, doivent être remises au secrétariat de la Faculté, avant le 1er juillet, en sorte que le Conseil général des Facultés puisse en délibérer avant le 1er août.

— Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, et de chefs de clinique des maladies des enfants, s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical, à la nomination de deux chefs de clinique adjoints ; 2° pour le clinicat des maladies syphilitiques et cutanées, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; pour le clinicat des maladies des enfants, à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-quatre ans, au jour d'ouverture du concours.

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de trois chefs de clinique adjoints.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de trente-huit ans, au jour d'ouverture du concours.

Les candidats à ces divers concours devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté, avant le 17 juin 1888. Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures. Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements s'adresser au secrétariat.

Ecole de médecine de Clermont-Ferrand. — M. le docteur Fouriaux, suppléant des chaires de médecine, est nommé professeur de pathologie interne, en remplacement de M. Bourgade de la Dardye, décédé.

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte**. — Un verre à Bordeaux aux repas.

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.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. PETER : De la ponction dans la pleurésie récidivante. — II. H. STAPFER : Revue trimestrielle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : Salon de 1888. — VI. FORMULAIRE. — VII. ANALYSE du Lait d'Arcy.

Hôpital Necker. — M. le professeur PETER.

De la ponction dans la pleurésie récidivante.

Leçon recueillie par le docteur G. SCHLEMMER.

Messieurs,

Contrairement à la règle que j'observe généralement, vous venez de me voir ponctionner un malade durant la période aiguë de sa pleurésie. J'estimais, cependant, à deux litres seulement la quantité de liquide épanché dans sa plèvre, et le résultat de la ponction a bien confirmé cette évaluation, puisqu'on a retiré de la cage thoracique environ 1,700 grammes de liquide. C'est donc une considération particulière distincte de l'estimation de l'épanchement, qui m'a fait modifier à l'égard de ce pleurétique ma ligne de conduite habituelle. Ce malade présentait, en effet, outre les signes ordinaires d'un épanchement siégeant dans la plèvre droite, de la matité dans la partie gauche du thorax et des douleurs localisées aussi à gauche et correspondant aux mouvements d'ampliation pulmonaire, sans qu'il y ait lieu d'admettre actuellement aucun épanchement de ce côté. Mais les antécédents de ce malade nous apprennent qu'il a été ponctionné jadis par

FEUILLETON

SALON DE 1888.

II

Avec M. Comerre nous rentrons dans la peinture décorative. Son tryptique destiné à la mairie du IVe arrondissement nous représente dans les panneaux latéraux le « Printemps et l'Hiver », et, entre eux, le « Destin ». Le peintre a essayé de rajeunir ce sujet plus que classique en donnant à un amour le fuseau de Clotho et en faisant de cette dernière et de sa compagne Lachésis deux très jolies femmes. Nous doutons que, malgré ses efforts, M. Comerre parvienne à intéresser les couples qui défileront devant son tableau correct, mais, hélas! ennuyeux comme la plupart des allégories qui ne se mettent pas franchement dans le sentiment moderne.

Même dans ce cas, l'allégorie nous semble complètement manquer son but quand elle est incompréhensible. C'est, à notre avis, le cas du tryptique de M. Humbert, intitulé : « Maternité ». Au milieu, une vieille paysanne maigre et ridée s'avance en portant deux petits enfants dans un sentier tracé dans les bois; à gauche, un mobile est étendu mort; à droite, une femme encore jeune ramasse des pommes de terre. Nous supposons, sans garantir le moins du monde cette explication, que le peintre a voulu repré-

©BIU Santé

M. Dieulafoy, dont la compétence à cet égard ne saurait être contestée, pour une pleurésie avec épanchement qui occupait alors le côté gauche du thorax. Il s'agit par conséquent, aujourd'hui, d'une pleurésie qui a récidivé du côté opposé à celui qui avait été le premier affecté.

En général, je ne ponctionne jamais un pleurétique durant la période aiguë de l'évolution morbide, parce que, dans la pleurésie comme dans la péricardite aiguë, c'est pendant la durée de l'acte pleurétique, pendant la période de l'hyperémie, qu'il existe une tendance à la résorption du liquide épanché; et je me contente ordinairement d'attendre que cette résorption s'effectue, en la favorisant à l'aide de la révulsion locale, pour laquelle j'emploie les vésicatoires ou les pointes de feu, et à l'aide de la dérivation intestinale et rénale.

Mais il est deux circonstances qui imposent à cette règle une exception : c'est un épanchement excessif ou une dyspnée exagérée. Dans le premier cas, en effet, non seulement l'hématose peut être supprimée brusquement dans toute une moitié du poumon, mais il peut se produire aussi, sous l'influence de la compression et de l'inflammation simultanément, une coagulation qui s'étend des ramuscules de l'artère pulmonaire jusque vers le tronc et jusque vers l'origine même de l'artère pulmonaire; c'est là un fait que j'ai vérifié maintes fois avec M. Blachez, à l'autopsie de malades qui avaient succombé ainsi à la syncope résultant d'un tel processus.

Dans le second cas, l'exagération de la dyspnée traduit le péril immédiat qui résulte de la suppression des fonctions de l'hématose, et la ponction précoce, bien qu'elle soit presque fatalement suivie d'une reproduction de l'épanchement, se trouve encore nécessitée par l'obligation d'assurer au plus tôt, fût-ce même temporairement, le déplissement indispensable au rétablissement urgent de l'hématose.

Si en dehors de ces deux conditions, la ponction doit être différée jusqu'à la fin de la période aiguë, c'est que l'acte pleurétique se manifeste par une hyperémie qui maintient les conditions primitives de la production de l'épanchement; c'est, qu'en outre, l'inflammation de la plèvre, qui se tra-

---

senter le destin des deux petits enfants du milieu; mais, alors, pourquoi le titre « Maternité » ? Nous ne pensons pas que l'artiste ait cru peindre autre chose qu'un cas particulier, et encore très particulier, le fils, ouvrier ou paysan, ayant pu succomber à un genre de mort quelconque. Tout cela rentre du reste dans la grande symphonie en gris.

On ne saurait trop louer, par contre, la scène symbolique qu'a envoyée M. Hébert : « Aux héros sans gloire ». La jeune femme, appuyée d'une attitude lassée sur la tombe où reposent les morts oubliés, peint bien par son expression de désenchantement la désespérance de ceux qui tombent dans le combat de la vie pour rouler ensuite dans l'abîme de la fosse commune. M. Hébert montre que, tout en restant clair, on peut exprimer même allégoriquement les nuances les plus délicates du sentiment. Il est impossible de ne pas penser devant ce tableau et même, en négligeant la figure principale, de ne pas être séduit par un fond de paysage dont la vraie poésie n'exclut pas la couleur.

Cette couleur, nous la retrouvons, quoique atténuée, dans le « Poète » de M. Gérôme qui, vêtu en Werther, regarde se lever du sein des flots Aphrodite et les Néréides. Le vague du rêve donne un charme pénétrant et doux à la fois à cette toile d'une composition savante. Cette recherche de la composition manque dans bien des tableaux signés de noms connus.

C'est ainsi que M. Pellez, en exposant sous le titre de « Grimaces et misères » une troupe de saltimbanques qui parade devant sa baraque, nous les montre rangés en une

duit après la ponction par une élévation d'un demi-degré centigrade dans la température locale, favorise non seulement la reproduction du liquide exsudé, mais encore sa transformation purulente. Aussi, pendant les quelques années où les médecins ont cru devoir — à l'encontre des indications nettement formulées par M. Dieulafoy — ponctionner les pleurésies durant la période aiguë de l'affection, le nombre des malades amenés dans les services de chirurgie pour y subir l'opération de l'empyème a-t-il singulièrement augmenté; plusieurs chirurgiens éminents, tels que Gosselin, m'ont signalé maintes fois l'accroissement de la mortalité survenue dans leur service à la suite des opérations d'empyème occasionnées par ces circonstances au cours des quelques années auxquelles je viens de faire allusion.

Mais si j'ai contribué à restreindre la pratique de ces ponctions trop précoces, et si je conseille toujours d'attendre, en général, deux ou trois semaines, à partir du début de l'épanchement, pour permettre à l'inflammation pleurétique de s'éteindre, et pour éviter ainsi les conditions favorables à la reproduction du liquide, — je me trouve, dans le cas actuel, en présence d'une double entrave à l'hématose, et l'épanchement qui comprime le poumon, à droite, en même temps que les brides membraneuses qui gênent l'expansion du poumon, à gauche, m'obligent à parer sans retard à la dyspnée considérable que vous avez constatée et qui n'est pas en rapport avec un épanchement de deux litres seulement. C'est que les fausses membranes, résultant de l'ancienne pleurésie gauche, ont subi la transformation fibreuse et se trouvent disposées sous forme de brides à peu près inextensibles, de telle sorte que la suractivité complémentaire du fonctionnement respiratoire dans le poumon correspondant se trouve empêchée ici par les tiraillements douloureux renouvelés à chaque tentative d'expansion.

Malgré sa fréquence, la récidive de la pleurésie dans le côté opposé à celui qui avait été primitivement affecté ne se trouve guère signalée par les auteurs. La raison de ce changement de côté me paraît résider dans la transformation subie par la plèvre primitivement enflammée, dont la

---

seule file et presque figés sur place, y compris le clown. Un nain difforme, du reste fort expressif, dépasse seul la rangée de ses camarades et s'appuie sur l'escalier qui permet de monter sur les tréteaux. Pris séparément, chacun des personnages ferait un très joli petit tableau de genre, réunis ensemble ils donnent l'impression d'une série de toiles rajoutées.

Ce n'est pas par la composition, un peu diffuse cependant, mais par la couleur que pèche la « Crèche », de Mme Delance-Feurgard. Quelle orgie de bleu, grand Dieu ! L'air lui-même prend la teinte générale. Malgré tout, c'est là un tableau honorable, et on ne saurait en dire autant de la masse d'études ou de scènes de genre qui encombrent le Salon. Des peintres d'un talent reconnu se laissent même aller à traiter des scènes vraiment un peu singulières. M. Gervex, dans « The Tub », nous montre une jeune femme terminant ses ablutions matinales; des dessous plus ou moins troublants placés en évidence donnent à cette toile un caractère d'érotisme évidemment cherché, puisque M. Dufaux, qui a choisi le même sujet, a su éviter cet écueil et faire une jolie peinture. Ce n'est pas non plus un tableau chaste que celui de M. Vollon, qui nous permet d'assister à la « Toilette du matin » d'une fort belle bonne. La toile est peut-être un peu grande, mais M. Vollon peint bien et on ne doit pas trop se plaindre, tout en regrettant qu'il ne nous ait pas fait tout uniment une belle académie ou une nudité à la manière de Henner. Evidemment, le « Saint-Sébastien » de ce dernier, qui devrait être percé de flèches, ne peut éveiller aucune pensée coupable, quoique ce corps blond et délicat rappelle plutôt la beauté des jeunes dieux païens que la rudesse des saints des premiers

©BIU Santé

membrane séreuse se trouve remplacée par des fausses membranes, plus ou moins fibreuses, qui n'ont pas les mêmes aptitudes physiologiques ni pathologiques. Vous trouverez un exemple plus frappant encore de cette métamorphose des séreuses dans les cas de perforation intestinale survenant au cours de péritonites chroniques : dans ces cas, en effet, les matières épanchées dans une cavité fibreuse, qui n'est pas inflammable, ne donnent pas lieu aux douleurs soudaines et ne s'accompagnent pas du cortège de symptômes aigus qui révèlent généralement la pénétration de corps étrangers à l'intérieur des séreuses normales. Par suite d'une métamorphose analogue, la séreuse pleurale, transformée en membranes et en brides fibreuses, perd toute aptitude à l'évolution pleurétique, et la rénovation des causes qui avaient déterminé l'épanchement primitif ne peut entraîner la reproduction du même acte morbide sur les tissus ainsi modifiés. La pleurésie, en un mot, ne récidive pas sur le même côté, parce qu'il n'y a plus là, à proprement parler, de cavité pleurale.

Quant au pronostic immédiat à porter dans ces cas de récidive, il varie évidemment avec les antécédents du malade et avec la nature de la pleurésie. Chez cet homme, qui a pris ses pleurésies très probablement sous l'influence des intempéries auxquelles l'expose sa profession de jardinier, je n'ai aucune raison d'admettre la localisation pleurale d'une tuberculose que rien n'est venu révéler. Mais si je ne crois pas, chez lui, à l'existence d'une tuberculose préexistante, je ne serais pas étonné de le voir succomber, dans un temps relativement court, aux lésions d'une tuberculose dont l'invasion sera désormais favorisée chez ce malade par son inanitiation non seulement respiratoire, mais probablement aussi alimentaire.

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — JANVIER, FÉVRIER, MARS 1888.

Les Chamberlen et le forceps, par le docteur HERGOTT, professeur honoraire à la

âges. Le grand talent de M. Henner est connu de tous, et nous ne pouvons que partager l'avis général; mais enfin l'artiste ne craint-il pas que le public se fatigue un jour de ses chairs blanches sur des fonds noirs? Il se lasse facilement, le public, témoin Aristide, et on finit par repousser le meilleur pâté d'anguilles.

Le reproche d'uniformité ne peut être adressé à M. Brouillet, qui, dans « L'amour aux champs », s'éloigne complètement de son tableau à effet du Salon dernier. Nous craignons qu'il n'ait été un peu grisé par un succès dont le professeur Charcot peut réclamer une bonne part, et que la gravure, l'année prochaine, ne nous rappelle pas, par le burin de trois artistes différents, la passion peu naïve de ses moissonneurs.

La naïveté, nous ne la trouverons pas dans la figure de M. Agache, « Enigme ». Très énigmatique, en effet, est cette jeune femme enveloppée de longs voiles noirs sur lesquels se détachent crûment d'immenses pavots rouges. A la tête, fort belle, on peut cependant reprocher de manquer un peu d'expression et l'énigme réside plutôt dans l'ensemble de la composition que dans la physionomie de la femme. Cette toile est, avec justice, une des plus remarquées du public, et nous sommes heureux de l'avoir vue acquise par l'Etat. L'étrangeté des effets est du reste une des choses les plus souvent cherchées, et nous avons surtout à noter, à ce point de vue, « l'Intérieur de paysan en Finlande », de M. Gallen, et la « Circé », de M. Chalon. Dans le premier de ces tableaux, un vieux paysan, qui rappelle ceux des peintres hollandais, se chauffe devant un feu qui l'éclaire par reflet d'une lumière rouge. Dans le fond, à droite, près d'une fenêtre, est assise une jeune fille dont une oreille est aussi fortement teintée d'écarlate. S'agit-il d'un

Faculté de médecine de Nancy. (*Annales de gynécologie*, janvier.) — Un accoucheur renommé de Londres, J.-H. Aveling, a publié un livre dont le professeur Hergott donne l'analyse. On y voit figurés les forceps trouvés dans la maison des Chamberlen. Le travail de J.-H. Aveling est le fruit de dix années de recherches dans les archives. Il a conduit l'auteur à établir que tout ce qui été dit jusqu'ici sur les Chamberlen est inexact, en ce sens qu'aucun des membres de cette famille auxquels on avait successivement attribué l'invention ne peut directement prétendre à cet honneur. Aveling a, pour la première fois, étudié la vie des membres de la famille Chamberlen, en puisant ses documents aux sources authentiques, et il a été mis en état de rectifier, d'éclairer et de compléter ce qu'on savait sur eux.

On peut dire avec une certitude presque absolue, écrit le professeur Hergott, que Pierre Chamberlen, l'aîné, est celui auquel appartient l'honneur d'avoir inventé le forceps.

Pierre Chamberlan était fils de William Chamberlan, Français réfugié en Angleterre, originaire de Tancarville, en Normandie. Son véritable nom était Chambellan. Il en changea la terminaison comme il déclina les titres de noblesse originaires auxquels il avait droit. Il lui importait de se dire Anglais et né à Londres pour jouir des droits de bourgeoisie.

Pierre Chamberlen était son fils aîné. Il est né encore à Paris, en 1560. Entre 1588 et 1589, il quitta Southampton pour se rendre à Londres et y pratiquer la chirurgie et les accouchements. On trouve son nom mentionné pour la première fois, en 1598, dans les Annales du « Barber Surgeon Company » comme membre de cette corporation.

Plusieurs conflits avec « le Royal College of Physicians », pour avoir outrepassé ses droits (les médecins pouvaient pratiquer la chirurgie, mais les chirurgiens ne pouvaient traiter des maladies internes), ont pour effet de le conduire en prison. Grâce à l'intervention de la reine et à celle de l'archevêque de Canterbury, il fut remis en liberté. Pierre Chamberlen avait accouché la reine plusieurs fois; outre les honoraires (40 L), il avait reçu une bague avec diamant dont il fait mention dans son testament qui existe encore. Il mourut veuf en 1631; il avait vécu en Angleterre pendant soixante et un ans. Il a joui d'une grande considération, ce qui est prouvé par la charge de chirurgien des Indes orientales et la grande fortune qu'il a laissée.

Ce serait lui qui aurait imaginé le forceps que les générations successives de cette famille d'accoucheurs exploitèrent. Leur secret ne fut pas découvert avant le commencement du XVIIIe siècle.

---

rayon erratique parti du foyer ou est-ce, au contraire, le soleil qui, traversant la conque délicate, permet au sang de la colorer? Nous avouons rester dans le doute, mais l'effet est singulier. Plus singulier encore est celui de la « Circé » peinte dans le style de Moreau. A travers une large baie, dont la face tournée vers le spectateur est absolument dans l'ombre, on aperçoit la déesse assise nue sur un trône, le bas du visage et la cuisse droite recouverts d'un tissu transparent.; de la main droite, elle élève une baguette lumineuse et est entourée d'une sorte de Gloire. Le tout nage dans une lumière bleue qui donne à l'ensemble un aspect tout spécial. Seuls, les compagnons d'Ulysse, vautrés sur le devant de la toile, restent plongés dans l'ombre. Dans ce tableau, la richesse de l'effet a abouti à un résultat certainement très curieux, quoi qu'il y ait vraiment un peu abus d'animaux fantastiques.

Nous pouvons retomber sans regret dans le réel avec les « Jeunes filles se rendant à la procession », de Breton. Dans un chemin de montagne passent de jeunes paysannes vêtues de blanc et gardant dans leur marche rapide la raideur qu'impose la toilette neuve; devant elles se presse une fillette, presque une enfant, parée de sa robe rose et portant suspendue au cou une corbeille remplie de pétales de roses qui doivent joncher le chemin du saint cortège. De même que dans « l'Etoile du berger », on retrouve dans ce tableau le sentiment de la poésie de la campagne uni à cette recherche de l'expression qui fait de M. Breton le peintre par excellence des paysans. Il ne les choisit pas exceptionnels et n'en fait ni des bergers de Florian, ni des êtres repoussants portant sur leur visage des stigmates ignobles; il les peint simplement, tels qu'ils sont, mais en

©BIU Santé

Les instruments des Chamberlen trouvés en 1813 dans un réduit secret de la maison du docteur Pierre Chamberlen, et aujourd'hui conservés dans une vitrine de la Société de médecine et de chirurgie, se composent de 3 leviers fenêtrés, 3 crochets tranchants, 3 porte-cordons et 4 forceps. Le premier et le quatrième modèles ont déjà ce qui caractérise le mode de fonction de l'instrument de Levret.

Ce n'est pas ici le lieu de suivre l'auteur dans les considérations critiques qui le déterminent à considérer l'aîné des Pierre Chamberlen comme l'inventeur de forceps. Il a donné de cette question si longtemps litigieuse une solution soutenue avec autorité, et il est possible que cette solution soit définitive.

Sur l'identité probable de l'œdème des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens par le docteur L. Dumas, professeur de clinique obstétricale à Montpellier. (*Annales de gynécologie*, déc. 1887, janv. 1888.) — Pour le savant professeur, l'œdème des nouveau-nés est une sorte de *plegmatia alba dolens* produite par les causes suivantes :

1° Etat non physiologique du sang, modification inconnue de ce liquide pouvant le prédisposer à se coaguler facilement (naissance avant terme, faiblesse congénitale, action du froid, hygiène défectueuse, nourriture mauvaise, maladies diverses congénitales ou acquises, et, parmi celles-ci, l'entérite, qui trouble profondément la nutrition, etc.);

2° Troubles primitifs ou secondaires dans toutes les grandes fonctions et particulièrement dans la respiration encore incomplète;

3° Comme conséquence directe, troubles circulatoires amenant un ralentissement dans le cours du sang; d'où :

4° Coagulation spontanée dans les veines et *phlegmatia alba dolens*.

Le professeur réfute à l'avance les objections qu'on pourrait lui faire et réunit dans des considérations préliminaires tous les éléments capables d'enchaîner d'une façon logique les diverses causes qui viennent d'être énumérées. Il a eu l'occasion de constater une fois à l'autopsie l'existence d'une *phlegmasia* chez un nouveau-né atteint d'œdème.

De la pathogénie et du traitement de l'avortement, par A. Duhrsen, médecin assistant à la policlinique obstétricale de la Charité de Berlin. (*Ann. de gynécol.*, janv. 1888.) — Interventionniste résolu, l'auteur apporte, en faveur de l'intervention, les résultats obtenus dans 122 cas qu'il a observés et traités lui-même. Sur ces 122 cas, il y a eu 2 morts. L'auteur, après avoir relaté ces deux dernières observations, fait remar-

---

choisissant, comme il en a le droit, les trop rares moments de leur existence où, échappant aux préoccupations purement matérielles, ils subissent inconsciemment le charme de la nature qui les environne.

Les envois de Mlle Marguerite Godin devraient plutôt, logiquement, être rangés parmi les portraits. Cependant ils offrent à un tel degré, surtout l'un d'eux, « Wanda », le caractère d'études que nous croyons devoir en parler ici. Wanda n'est qu'une simple tête; mais il est difficile d'en trouver de plus expressive et de plus énergique. C'est un pinceau d'homme que manie Mlle Godin; ajoutons que c'est un pinceau qui promet un homme de talent. La figure, très expressive, très modelée, a des traits très accentués, ce qui ne veut pas dire qu'elle ait de la sécheresse, bien loin de là. Le second envoi de Mlle Godin, « Andante », quoique d'une jolie couleur, nous plaît moins. Quand on a un pinceau énergique et sûr de lui, il est inutile de s'attarder aux mièvreries sentimentales; et puis, à notre avis, Mlle Godin n'est pas le peintre des blondes; elle peut laisser es fadeurs à d'autres, la puissance et la grâce ne vont pas toujours ensemble, et il ne aut pas confondre le joli et le beau. On doit négliger le premier quand on a des chances d'arriver au second.

M. Deschamps, comme bien d'autres, s'attache de plus en plus au joli et néglige « le grand art », si tant est qu'il y en ait un. « Au Clou » nous montre *le baby suçant son pouce;* gentil le baby, gracieuse la peinture, heureux le père de ce beau bébé. Il est si beau, le bébé, qu'on pourrait l'envoyer, avec des chances de succès, au concours d'enfants de cette année. Le nouveau jury y ferait peut-être plus attention que celui du

quer qu'on ne saurait en aucune manière rapporter les deux terminaisons malheureuses à l'intervention elle-même. L'une des deux femmes chez laquelle il avait pratiqué en ville le curettage de l'utérus, présentait des signes d'intoxication par l'acide phénique. De plus, comme elle se trouvait dans des conditions de milieu tout à fait défectueuses, il lui conseilla d'entrer à la clinique de la Charité. Après avoir accepté cette proposition, elle changea d'avis et fit appeler un autre médecin, de sorte que le traitement consécutif ne fut pas parfaitement régulier. En ce qui concerne la seconde femme, la situation était à peu près désespérée. Elle mourut une heure après l'intervention.

Une femme présenta, durant quatre semaines, des accidents de périmétrite; une deuxième, pendant huit jours, souffrit d'une paramétrite légère. Une autre enfin eut, deux jours durant, un écoulement fétide et de la fièvre. Quant aux 117 autres femmes, même celles qui, au moment de l'intervention, étaient sous le coup d'accidents de septicémie, elles eurent toutes des suites régulières apyrétiques.

En terminant, l'auteur rappelle que déjà il a été publié sur la pathologie et le traitement de l'avortement, un travail s'appuyant sur des statistiques plus considérables que la sienne, dressées avec des faits recueillis également à la clinique de la Charité de Berlin. Lechler a rassemblé, en effet, dans sa thèse, 520 cas observés de l'année 1880 à l'année 1883. Dans la moitié des cas, on eut recours au curage manuel. De toutes ces femmes, trois furent emportées par des maladies intercurrentes, une seule succomba aux suites même de l'avortement.

Quant au procédé d'intervention appliqué par l'auteur, c'est un procédé mixte, qu'il résume de la manière suivante : *Extraction manuelle du sac ovulaire limité par la caduque sérotine et par la caduque réfléchie, ou après la rupture de l'œuf, de ces enveloppes seulement et extraction à l'aide de la curette de la caduque vraie.* Dans les deux premiers mois, la curette suffit.

Tel est l'ensemble des faits sur lesquels repose ce travail. Mais l'auteur entre, en outre, dans des considérations intéressantes. Voici le plan de son étude :

Dans l'évolution de l'avortement, naturelle ou aidée de tamponnement, la rétention de la caduque vraie n'est pas l'exception, c'est la règle.

Pour expliquer la fréquence de cette rétention, l'auteur s'attache à bien mettre en relief à quel moment et suivant quelle direction s'opère le décollement de la caduque vraie. Il conclut que, dès le début des contractions, c'est la sérotine qui se décolle, que seulement alors la caduque vraie se détache et de haut en bas.

Les choses se passant de la sorte, il est aisé de concevoir que sous l'influence des

---

Palais de l'Industrie. Du reste, M. Deschamps est bien parvenu à saisir la gentillesse un peu bêtote des nouveau-nés, et il a envoyé encore un pastel et une aquarelle de bébés qui sont fort gentils.

D. NORECH.

TRAITEMENT DE LA KÉRATITE HERPÉTIQUE. — Durruty.

Au début, purgatif salin ou vomitif; puis pour combattre la fièvre, surtout la forme paludéenne, et agir sur l'élément douleur, prescrire le sulfate ou le bromhydrate de quinine, à la dose de 40 à 50 centigrammes par jour. — Le traitement local varie suivant les diverses formes et les phases de l'affection. Si l'inflammation oculaire est très vive, et surtout accompagnée de symptômes d'iritis, on applique 2 ou 3 sangsues à la tempe, et, 2 ou 3 fois par jour, on instille dans l'œil quelques gouttes de la solution suivante : sulfate neutre d'atropine 2 à 5 centigram., eau distillée 10 grammes. — Chez les malades d'un âge assez avancé, on fait alterner l'atropine avec l'ésérine, de crainte de provoquer des poussées glaucomateuses. — Si les douleurs sont très fortes et la photophobie intense, on peut avantageusement remplacer l'atropine par le chlorhydrate de cocaïne ou les combiner de la manière suivante : sulfate neutre d'atropine 2 centigram., chlorhydrate de cocaïne 25 centigram., eau distillée 10 grammes. On applique un bandeau sur l'œil, afin d'éviter le frottement des paupières contre les vésicules herpétiques.

N. G.

©BIU Santé

contractions et du tiraillement que lui fait subir la portion détachée et relativement lourde de l'œuf, la caduque vraie cède, et qu'en conséquence elle reste, en partie du moins, adhérente à l'utérus, d'où la possibilité d'hémorrhagies et d'accidents septicémiques. D'ailleurs, l'examen attentif de l'œuf et le curage explorateur mettent hors de conteste la fréquence de cette rétention.

De cette notion se dégage une thérapeutique rationnelle qui doit avoir pour but d'empêcher la rétention de la caduque vraie, et, par contre-coup, de prévenir les accidents indiqués.

L'auteur entre ensuite dans l'analyse des circonstances qui l'ont conduit à adopter dans l'extraction de l'œuf, l'usage combiné du doigt et de la curette.

Il expose, en outre, les résultats fournis par les examens microscopiques, résultats d'où il tire les conclusions suivantes :

Dans l'avortement, la curette détache la caduque vraie au niveau même de la couche suivant laquelle s'effectue la séparation au cours de l'avortement naturel.

Tant que les caduques vraie et réfléchie ne sont pas soudées, les contractions détachent d'abord la sérotine. Alors seulement l'œuf, par sa descente progressive, détache la caduque vraie de la paroi utérine.

Ce processus, malheureusement, est souvent inachevé, car des portions de la caduque vraie, étroitement adhérentes à l'utérus, se déchirent et restent dans la matrice.

A propos de la manœuvre de Ribemont-Dessaignes, par le docteur A. Pinard, professeur agrégé, accoucheur de Lariboisière. (*Annales de gynécologie*, mars 1888.) — Il s'agit d'une revendication en faveur du docteur Ribemont-Dessaignes. Cette manœuvre, dont j'ai parlé à diverses reprises dans la *Revue*, rend les plus grands services. Elle consiste à abaisser successivement et à extraire l'un après l'autre des voies génitales les bras du fœtus, dans les rétrécissements du bassin, lorsque les épaules ne peuvent passer dans la filière après la sortie de la tête. Jacquemier avait conseillé, dans son étude sur la dystocie due à l'excès du volume absolu des épaules, la traction sur les aisselles et le dégagement successif des bras; mais il n'avait pas songé à cette manœuvre dans le cas d'excès de volume relatif, et il conseillait, dans les rétrécissements extrêmes, la tête étant amenée dehors avec le céphalotribe, d'enlever les omoplates, les clavicules, le sternum. M. Pinard fait remarquer que le docteur Ribemont a fait de cette manœuvre une méthode, une règle de conduite dans les rétrécissements extrêmes du bassin.

Des opérations obstétricales pratiquées sous un courant d'eau et à l'abri du contact de l'air, par le docteur Kaschkaroff (de Jaroslaw). — L'auteur, considérant, au point de vue pratique, que l'air se prête beaucoup plus difficilement à la stérilisation que l'eau et que la désinfection de l'air au moyen du spray sublimé offre peu de sécurité et exige en outre beaucoup de temps, s'est décidé à construire un appareil dans lequel l'eau, stérilisée par l'adjonction de désinfectants, serait constamment courante et remplacée par de l'eau fraîche arrivant en certaine quantité. La partie inférieure du corps seule et les parties sexuelles de l'opérée sont introduites dans cet appareil, et toute l'opération, par exemple la crâniotomie, est effectuée sous l'eau à l'abri de l'accès de l'air atmosphérique.

M. Kaschkaroff fait remarquer que l'idée de pratiquer les opérations chirurgicales sous l'eau à l'abri de l'air atmosphérique est assez ancienne. Ainsi l'accoucheur anglais Aitken conseillait, en 1786, de pratiquer l'opération césarienne sous l'eau, et estimait que, dans ces conditions, cette opération présentait moins de risques et pouvait donner de meilleurs résultats qu'au contact de l'air. Il faisait l'opération, la femme étant dans un bain tiède. En 1848, Mayer, de Lausanne, a proposé le même procédé opératoire.

Je ne décrirai pas ici l'appareil. Pour bien comprendre et juger le maniement et l'installation, il faudrait l'avoir vu. *A priori* il me semble difficile, pour l'opérateur, de manœuvrer à l'aise. (*A suivre.*)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une lettre du ministre de l'instruction publique, demandant à l'Académie du vaccin destiné au personnel de la légation et à l'hôpital français de Tanger, où règne une épidémie de variole;

2° Une lettre de MM. Bottentuit et Vielard, qui se portent candidats au titre de correspondant national;

3° Un rapport de M. Siry, sur les vaccinations et revaccinations pratiquées à la mairie du VIIIe arrondissement de Paris en 1887;

4° Une note de M. Maze, sur les vaccinations pratiquées au Havre en 1887;

5° Un mémoire sur les résultats comparatifs des vaccinations faites au 141e d'infanterie en 1886-1887, par MM. Jaubert et Bayard.

— M. Panas lit un rapport sur la communication intitulée : *De la forme tuberculeuse des manifestations oculaires de la lèpre*, par M. Poncet (de Cluny).

M. Poncet conclut que l'infection lépreuse envahit l'œil de l'extérieur vers la profondeur;

Que la voie de transmission n'en est pas le sang, mais bien le tissu connectif et les nombreuses cellules migratrices qui le traversent, en d'autres termes les voies lymphatiques de l'œil;

Qu'enfin, le grand nombre des bacilles contenus dans un espace relativement restreint de tissu conjonctif, joint à la diffusion rapide du parasite, peuvent seuls rendre compte du pronostic si désespérant de cette affection;

Le petit nombre d'yeux que l'auteur a eus à sa disposition, au nombre de deux, ne lui a pas permis d'en tirer des conclusions définitives sur la lèpre oculaire;

Tel qu'il est, son travail constitue un jalon dans l'anatomie pathologique de cette affection, et ajoute un nouveau titre à tous ceux que M. Poncet a su acquérir dans le domaine spécial de l'ophthalmologie, grâce à son labeur persévérant.

— M. Hardy : Les rapports entre la fièvre puerpérale et l'érysipèle sont connus depuis longtemps. A Saint-Louis, en 1868, son service comprenant une salle de maladies de peau et une d'accouchements, il eut une épidémie dans ce dernier. Il transporta alors ses accouchées dans la salle des affections cutanées et réciproquement. L'épidémie de fièvre puerpérale s'arrêta, mais beaucoup des femmes qui n'avaient que des maladies de la peau prirent de l'érysipèle et deux succombèrent. Des faits analogues ont été vus en Angleterre, et il y a longtemps que la clinique avait démontré des rapports sur lesquels insistent maintenant les microbiologistes.

— M. Hervieux lit une note sur quelques points de pathologie puerpérale. Il tient à apporter son tribut dans la discussion soulevée à la dernière séance. La question des rapports de l'érysipèle avec la fièvre puerpérale est tranchée cliniquement et bactériologiquement. L'érysipèle des femmes en couche n'est qu'une des expressions de la septicémie puerpérale; l'érysipèle et la septicémie peuvent s'engendrer réciproquement par voie de contagion. La théorie microbienne de M. Doyen ne rend compte qu'en partie des faits de contagion. Elle explique la transmission par le contact direct, celui par l'inoculation, tel que le médecin ou la sage-femme peuvent la causer. Mais la contagion est loin de s'opérer toujours suivant un mode aussi simple. Il y a des cas qui échappent à l'analyse et aux investigations les plus minutieuses, d'autres où, la contagion étant évidente, il n'y a pas le moindre contact. M. Hervieux entend parler des cas où un intermédiaire a contagionné une femme sans la toucher. C'est alors par l'air ambiant que s'opère la contamination de l'organisme. Les recherches de M. Doyen n'admettent que la contagion directe, cependant la théorie microbienne ne sera complète sur le sujet que quand elle aura prouvé la pénétration du parasite dans l'organisme par la voie respiratoire.

©BIU Santé

On croit généralement, pour la fièvre puerpérale comme pour toutes les maladies inoculables, que la maladie est toujours constituée avec ses caractères propres, son intensité d'action et son degré de gravité par une seule inoculation ou, pour ne rien préjuger, par une seule introduction du principe septique dans l'organisme. Cela est vrai certainement pour la rage, le charbon, la syphilis, etc., peut-être vrai pour les fièvres continues ou éruptives contagieuses, mais cela n'est pas constamment exact pour la septicémie puerpérale. L'orateur a vu souvent chez certaines accouchées, et dans le cours d'une septicémie plus ou moins grave, la maladie qui paraissait en excellente voie se réveiller tout à coup sans complication appréciable, et cela quelquefois à plusieurs reprises. En cherchant une explication rationnelle de ces faits, il a vu maintes fois les retours offensifs succéder à un toucher pratiqué après l'examen d'une accouchée malade, après une autopsie, etc.

Un fait qui confirme, c'est qu'à l'époque où la Maternité était le plus cruellement décimée par des épidémies de fièvre puerpérale, les parents emmenaient souvent les malades chez eux; eh bien, souvent, M. Hervieux voyait guérir celles qui auraient infailliblement péri si elles étaient restées à l'hôpital.

M. Hervieux donne le nom de septicémie à toute affection puerpérale déterminée par un principe virulent. Or, il n'est pas une forme qui soit constamment mortelle. La septicémie puerpérale est, M. Verneuil l'a dit excellemment dans la dernière séance, comme la septicémie chirurgicale. Ce n'est pas sans étonnement qu'il a entendu M. Guéniot dire que la péritonite puerpérale était toujours mortelle. Elle est grave, mais peut guérir.

Dans la péritonite générale d'emblée, il a vu, soit sous l'influence du traitement, soit par un effort de la nature, l'appareil effrayant des symptômes s'amender pour faire place à une localisation curable, phlegmon iliaque, péritonite enkystée, etc. Un mode de guérison encore plus remarquable, c'est celui dans lequel des accidents péritonéaux formidables se calment tout d'un coup pour faire place à une manifestation périphérique, telle qu'une phlegmatia alba dolens. Ces affections qui *libèrent* la cavité abdominale offrent des chances de salut bien plus grandes que la péritonite. Enfin, des cas nombreux de péritonite partielle se terminent par la guérison.

Il y a des cas de septicémie puerpérale dans lesquels on ne trouve pas de pus. Cela s'explique par l'exaltation du principe septique. L'organisme est foudroyé avant d'avoir pu faire le pus.

On peut citer des faits où la septicémie puerpérale revêt franchement la forme typhoïde qu'a décrite Paul Dubois. La phlébite utérine existe souvent en même temps qu'elle, et cette phlébite est susceptible de guérir en se transformant en une collection purulente qui s'annonce par ses symptômes propres.

Tout ce qui se rapporte à la phlébite est également applicable à la lymphangite utérine qui peut guérir.

En conséquence des considérations qui précèdent, M. Hervieux croit pouvoir affirmer de nouveau qu'il n'est pas une seule des variétés de la septicémie puerpérale dont on puisse dire qu'elle est constamment incurable.

M. Guéniot a été étonné d'entendre M. Cornil répéter plusieurs fois le mot de fièvre puerpérale. C'est là une expression vieillie et démodée, M. Hervieux se sert du mot septicémie; tout cela crée de la confusion.

Quant à lui, il admet trois formes d'affections puerpérales :

1° La forme péritonitique où il y a une péritonite infectieuse généralisée presque toujours mortelle;

2° La forme pyohémique avec lymphangite et phlébite suppurées;

3° La forme septicémique qui comprend tous les modes d'empoisonnement qui ne sont pas les précédents.

M. Guéniot convient que les formes pyohémique et péritonitique sont les plus graves. L'empoisonnement par le péritoine se fait par une large surface sur laquelle on ne peut agir; dans la pyohémie, le sang reçoit constamment du pus et on ne peut limiter son absorption. L'on peut influencer la septicémie, surtout quand elle est extérieure; par exemple, dans la rétention du placenta, il est facile d'agir directement sur le foyer.

La péritonite généralisée, l'oreteur insiste sur ce point, est presque toujours incurable. Quand il y a localisation ultérieure, péritonitisme, elle peut guérir.

M. Cornil remarque qu'il y a confusion entre les termes de fièvre puerpérale, septicémie, pyohémie. Il y a certainement des cas, Tarnier, Hervieux, Depaul en ont décrit, où des autopsies faites avec le plus grand soin, n'ont pas permis de trouver du pus. Tous ceux qui ont étudié la question reconnaissent que, dans ce cas, il s'agit d'un empoisonnement rapide du sang, et on trouve des streptococci dans la muqueuse utérine et dans d'autres organes.

M. Cornil pense que l'on peut ranger les accidents puerpéraux en trois classes :

1° Pas de pus. Micro-organismes dans la muqueuse utérine et les organes. Ce sont des septicémies puerpérales.

2° Pus. Accidents extrêmement graves s'ils sont généralisés surtout. Pleurésies, arthrites, etc. Formes pyohémiques.

3° Une sorte de pseudo-membrane adhère à la muqueuse utérine. Phlébite toute spéciale, infarctus fibrineux à micro-organismes. Empoisonnement moins intense que dans les deux premières formes.

Il y a certainement des cas bénins, graves et très graves, et l'étendue des lésions a une grande influence sur l'évolution de la maladie.

On ne peut dire avec M. Siredey qu'il n'y a pas d'observation de fièvre puerpérale sans pus.

M. Siredey dit avoir trouvé constamment du pus.

M. Cornil cite les cas de Widal, Tarnier, ceux de Depaul, où le pus manquait. La forme pseudo-membraneuse est aussi une forme sans pus.

M. Charpentier pense que les dissidences qui paraissent exister entre M. Cornil et M. Guéniot tiennent à ce que l'un envisage la question théoriquement et l'autre pratiquement. Tout le monde, aujourd'hui, admet que les accidents puerpéraux sont de l'infection et le terme ultime est une altération du sang bien décrite dans la thèse de Doléris. Les relations de la septicémie puerpérale et de l'érysipèle sont constantes.

M. Hardy a presque toujours trouvé du pus dans ses autopsies de femmes mortes d'accidents puerpéraux. Cependant, dans deux ou trois cas, il n'y avait pas de lésion matérielle, les malades ayant été pour ainsi dire foudroyées avant d'avoir eu le temps de fabriquer du pus.

M. Hervieux a vu aussi, quoique très rarement, des cas où il n'y avait pas de pus. Il n'a jamais observé à la campagne les accidents dont on parle.

M. Brouardel a fait des autopsies de femmes supposées victimes d'avortement criminel. Plusieurs fois il n'y avait pas de lésions et les micro-organismes spécifiques étaient impossibles à chercher à cause de l'époque tardive de l'autopsie.

M. Guéniot pense que les cas où il existe une pseudo-membrane intra-utérine doivent être rares. Ils doivent être curables, puisque l'on peut agir localement par l'antisepsie.

M. Cornil fait remarquer que les micro-organismes dans les observations, auxquelles fait allusion M. Guéniot, se rencontrent non seulement dans l'utérus mais dans d'autres organes. Il est bien plus facile de prévenir leur apparition que de les combattre.

— M. Marty lit un rapport sur le plâtrage des vins. (La lecture sera continuée dans la prochaine séance, et nous résumerons le rapport à ce moment.)

— La liste des candidats à la place vacante dans la section de pathologie interne est donnée comme il suit :

En première ligne, M. Damaschino; en deuxième ligne, M. Cadet de Gassicourt; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Dieulafoy et Duguet.

©BIU Santé

COURRIER

Par arrêté ministériel, en date du 26 mai 1888, M. le docteur Dupont, conseiller général de la Haute-Savoie, est nommé officier d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 mai 1888, M. Berthelot est nommé vice-président, pour l'année 1888, du Conseil supérieur de l'instruction publique, et M. Liard est nommé secrétaire dudit Conseil.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 mai 1888, M. le docteur Paul Berger, chirurgien du lycée Lakanal, est nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Hénon, conseiller municipal à Ville-le-Grand (Haute-Savoie), est nommé chevalier du Mérite agricole.

Désinfection. — Dans sa dernière séance, le Conseil général de la Seine a décidé l'acquisition de huit étuves mobiles du système de MM. Geneste et Herscher, destinées à désinfecter les linges, vêtements et objets de literie qui ont servi aux malades atteints d'affections contagieuses.

Le préfet de police vient d'adresser une circulaire aux maires et commissaires de police des communes suburbaines pour leur faire connaître que chacun des cantons du département de la Seine est dès à présent pourvu d'un de ces appareils, qui est déposé au chef-lieu du canton. Ces étuves, envoyées sans retard dans toutes les communes où les médecins les demanderont, seront mises *gratuitement* à la disposition du public.

Le préfet appelle l'attention des maires et commissaires sur ce fait que les linges, matelas, couvertures, rideaux, tapis, ne sauraient être détériorés par cette désinfection obtenue seulement par la vapeur d'eau sous pression (de 108 à 115 degrés) ; des expériences nombreuses ont établi que ce mode de désinfection assurait la destruction des germes pathogènes sans altérer ni le crin, ni la plume, ni les étoffes.

(*Gazette hebdom.*)

— L'assemblée générale des internes et anciens internes en médecine des asiles de la Seine, est convoquée pour le samedi, 9 juin, à l'asile Sainte-Anne (salle des cours de l'admission), à trois heures précises.

Ordre du jour : 1° Rapport de la Commission chargée de l'élaboration des statuts ; 2° discussion du rapport et des statuts ; 3° adoption définitive des statuts ; 4° élection d'un comité définitif d'administration ; 5° propositions diverses.

Le comité provisoire.

Hôtel-Dieu. — *Clinique des maladies des femmes.* — M. Dumontpallier commencera son cours le samedi 9 juin 1888, à neuf heures et demie et le continuera les samedis suivants, dans l'amphithéâtre spécial de gynécologie. — Les lundis et vendredis, consultations avec examen au spéculum.

Société de médecine de Paris. — Séance du 9 juin 1888. — *Ordre du jour :* 1. M. Duroziez : Rapport sur la candidature de M. Larroque (membre corresp.). — 2. M. Gillebert d'Hercourt : Note sur le traitement de la blennorrhagie. — 3. M. Pellier : Orchite par effort. — 4. Communications diverses.

A trois heures, réunion du Conseil d'administration (le bureau et MM. Fraigniaud et Horteloup).

VIN DE BAYARD (*Peptone phosphatée*). — Phthisie, convalescences. — Deux cuillères par jour.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. G. Sée : Des pseudo-anémiques : Les épuisés par déperditions. — III. H. Stapfer : Revue trimestrielle des journaux d'obstétrique et de gynécologie. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Société de médecine de Paris. — V. Courrier.

BULLETIN

Vendredi dernier a eu lieu l'inauguration du Musée d'hygiène à la Faculté de médecine. Ce musée, qui se trouve dans les nouvelles constructions qui remplacent l'ancien Hôpital des cliniques, donne sur la rue Antoine-Dubois. Il a été installé sous la direction de M. A.-J. Martin, et d'une manière telle, qu'elle lui a valu les félicitations les plus sincères de la part des membres du Comité d'hygiène du département de la Seine qui assistaient à cette inauguration : MM. Dujardin-Beaumetz, président, Péligot, Lagneau, U. Trélat, J. Rochard, Proust, A. Ollivier, Brouardel, Mesnet, baron Larrey, A. Voisin, etc.

L'installation actuelle représente les modèles les plus récents des appareils relatifs à l'éclairage, l'aération des salles d'écoles, des hôpitaux, le chauffage des petites et grandes pièces, les canalisations d'eau, de gaz, et surtout les modèles des principaux projets actuellement à l'étude sur les égouts et les lieux d'aisances. M. le professeur Proust, assisté de M. Martin, a fait la démonstration du mode de fonctionnement de ces divers appareils en faisant ressortir leurs avantages et leurs inconvénients. On a admiré, entre autres, l'ingénieux appareil qui permet aux ouvriers souffleurs de verre de remplacer la soufflerie humaine par l'air comprimé, ce qui les met à l'abri d'une foule d'affections dues à l'ancienne méthode, l'emphysème et les infections syphilitiques en particulier.

Les appareils à crémation, avec les résultats qu'ils fournissent, les diverses substances antiseptiques, celles qui servent à colorer le vin, les jouets dits dangereux à cause des couleurs dont ils sont peints, etc., sont représentés dans des vitrines.

Nul doute que cette installation ne puisse être d'une grande utilité aux futurs docteurs qui pourront apprendre comment fonctionnent un grand nombre de ces appareils que l'on ne connaissait qu'à peine dans les livres, et dont la description la plus claire ne vaut certainement pas la simple vue de la chose elle-même, si réduite qu'elle soit. Le Musée d'hygiène ne sera pas ouvert exclusivement pour les étudiants en médecine, il sera également accessible au public, qui ne pourra que tirer grand profit des renseignements puisés à cette source officielle.

« On voit que M. Proust est *personna grata* auprès du gouvernement, dit près de nous un des visiteurs, sans cela on n'eût pu consacrer une aussi forte somme à ce musée, alors que d'autres services... »

Ceci est une erreur. Cette installation, si utile et si importante, n'a pas coûté à la Faculté plus de 8,000 francs; toutes les jolies constructions qui représentent les égouts et les water-closets, et qui valent, en effet, une

©BIU Santé

somme assez considérable, ont été faites aux frais des inventeurs; de même pour les appareils de chauffage, d'éclairage, d'aération, le mobilier scolaire, etc., qui sont déposés par les inventeurs, qui les remplaceront dans la suite au fur et à mesure que d'autres seront inventés et perfectionnés. Le musée représentera donc toujours l'état actuel de la science, ou le dernier mot de l'art, si l'on veut, sans que l'Etat ni la Faculté fassent pour cela la moindre dépense.

« Tout mon mérite, a dit spirituellement — et trop modestement — M. Proust, est d'avoir donné carte blanche à M. Martin; c'est à lui que doivent revenir tous les éloges. » Soit; mais les maîtres qui savent attirer à eux de tels élèves et leur laisser carte blanche à propos méritent aussi de sincères félicitations.

— Une importante question d'hygiène a été aussi soulevée de nouveau à l'Académie de médecine, celle du plâtrage des vins. M. Marty, rapporteur, a eu grand'raison d'insister comme il l'a fait sur les immenses inconvénients de l'addition du plâtre dans le vin. Les modifications que cette addition malencontreuse apporte à la composition du vin ne sont pas sans influence sur la production des nombreuses formes de gastralgies, dyspepsies, etc., sur lesquelles l'attention des médecins a été attirée dans ces dernières années; et peut-être la présence en excès du sulfate de potasse dans le vin rouge est-elle la cause principale de l'ostracisme que M. le professeur Bouchard a proclamé contre le vin de cette couleur. Je connais des familles entières qui ont dû renoncer à l'emploi du vin rouge, soi-disant naturel, à cause de troubles gastriques plus ou moins graves, mais persistants, troubles qui ont cessé peu de temps après le remplacement du vin par la bière dans l'alimentation, et qui ont une certaine tendance à reparaître dès qu'on reprend l'usage du vin rouge.

Signalons encore, à l'Académie de médecine, une communication de M. Panas sur les lésions oculaires de la lèpre, et la suite de la discussion sur l'analogie de l'érysipèle et des fièvres puerpérales; cette opinion, soutenue au nom de la bactériologie par MM. Doyen et Cornil, a été confirmée de nouveau par MM. Hardy et Hervieux. — L.-H. PETIT.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. SÉE.

Des pseudo-anémiques : Les épuisés par déperditions.

LES DÉSALBUMINÉS.

Leçon recueillie par M. le docteur G. SCHLEMMER.

L'épuisement, comme je vous l'ai démontré, peut porter sur le système musculaire, sur le système nerveux; de là les fatigués, les énervés. Il nous reste à parler d'un troisième genre d'épuisement, celui qui reconnaît une origine sécrétoire. C'est moins à l'hypercrinie en général qu'à l'altération des processus chimiques, se traduisant par une perte d'albumine, que nous devons rattacher l'ensemble des troubles pseudo-anémiques qui se manifestent à la suite des déperditions. Dans la fausse anémie, résultant de l'onanisme et des pollutions, je vous ai signalé précédemment la part prédominante qui revient, dans cette sorte d'épuisement, à l'énervement plutôt qu'à la perte de liquide.

Quant à l'exagération de la *sécrétion lactée* qui peut se trouver accrue, soit au point de vue de la durée, soit au point de vue de la quantité, c'est aux nourrissons bien plus qu'aux nourrices elles-mêmes qu'elle est préjudiciable : le lait se compose, en effet, de corpuscules graisseux, de beurre, de sucre, de lait (dont la déperdition ne porte aucune atteinte directe à l'économie et se répare avec la plus grande facilité à l'aide du régime), et de caséine dont la dépense exagérée ne saurait se prolonger impunément, mais dont la proportion diminue dans la sécrétion lactée à partir du dixième mois, alors que l'enfant commence à pouvoir prendre une autre alimentation; c'est donc aux dépens de la nutrition de leurs nourrissons que se trouve ainsi ménagé l'organisme des nourrices qui veulent continuer la lactation jusqu'au vingt-quatrième mois. De fait, l'épuisement d'origine lactée est loin d'être aussi fréquent qu'on l'a prétendu, et il ne se produit guère en réalité chez les femmes, jusque-là saines, bien entendu, qu'au cas d'allaitement simultané de deux nourrissons à l'époque où la sécrétion se trouve encore riche en caséine.

Le *véritable épuisement, résultant des pertes en albumine*, se trouve dans les cas d'*albuminurie* ou d'*hydropisie*, dans certaines formes de *diarrhées*, dans les affections *purulentes;* quant à l'épuisement qui s'observe aux cours des consomptions fébriles, il reconnaît pour élément primordial, parmi ses divers facteurs, l'inanition; enfin, dans les saignées, la déperdition d'albumine s'accompagne d'hypoglobulie et d'autres lésions hématologiques qui sont d'ailleurs plus ou moins promptement réparables et qui rentrent, en raison de leurs caractères, dans la catégorie des altérations sanguines des anémies proprement dites.

Tant qu'un *albuminurique* élimine moins de 5 grammes d'albumine par jour dans ses urines et qu'il est en état de digérer, d'absorber sa ration normale de 120 grammes d'albuminates en moyenne, son alimentation peut équilibrer ses dépenses d'albumine; mais si les déperditions s'élevaient à 10 ou à 15 grammes par jour, la richesse en albumine du sérum descendrait bientôt de 8 p. 100 à 5 ou à 3 p. 100, la proportion d'eau s'élèverait à près de 93 p. 100, le poids spécifique s'abaisserait de 1030 à 1016; le sang, dont l'hémoglobine descendrait de 14,5 p. 100 à 11 ou à 8 p. 100, demeurerait hypo-albumineux tant que la déperdition resterait trop considérable pour pouvoir être réparée par la nutrition. Seulement, souvenez-vous qu'une déperdition urinaire d'albumine supérieure à 5 grammes par jour est extrêmement rare; et méfiez-vous, à cet égard, des analyses effectuées en dehors de votre surveillance immédiate. Quant à l'évaluation de l'urée, pour laquelle on vous signalera souvent les chiffres les plus fantaisistes, je vous rappelle en passant qu'elle ne pourra jamais vous servir à apprécier l'usure des tissus albuminoïdes si votre malade n'est pas soumis à une hygiène spéciale, dont tous les détails seraient rigoureusement mesurés comme le permettrait uniquement une expérience prolongée dans les conditions d'un véritable étude de laboratoire, car la quantité d'urée varie dans des proportions considérable sous la seule influence du régime.

Dans toute *hydropisie*, le liquide épanché renferme de l'albumine, de l'urée et du sucre (dont la déperdition ne se manifeste que lorsque le sang en contient environ 1 p. 100). La proportion d'albumine présente dans les liquides épanchés des oscillations qui résultent des phénomènes de résorption et de sécrétion, alternativement réalisés dans les tissus affectés; c'est dans le fait d'une étude insuffisamment prolongée de ces oscillations qu'on

©BIU Santé

trouve l'interprétation des prétendues guérisons de certaines ascites, comme celles de plusieurs cirrhotiques, par exemple, dont on n'a plus eu de nouvelles au bout de quelque temps. — Mais, pour apprécier les déperditions d'albumine dues à chacune de ces sécrétions réitérées, il faut savoir tenir compte du siège de l'hydropisie, et, en même temps, de son origine tantôt mécanique (par obstacle à la circulation cardiaque par exemple), tantôt dyscrasique (par désalbumination du sang). Ainsi le liquide épanché dans le tissu cellulaire ne contient guère plus de 2 p. 100 d'albumine, tandis que celui des plèvres est quatre fois plus riche environ et renferme d'ailleurs, en proportion variable, la matière fibrinogène et la matière fibrino-plastique, ce qui explique la différence de coagulabilité observée dans les divers cas. La pâleur, l'émaciation rapide, l'altération générale d'un malade affecté d'hydrothorax, opposées au teint moins cachectique, à l'amaigrissement souvent peu accusé, à l'aspect plus longtemps satisfaisant d'un cardiaque dont l'œdème persiste et se localise aux membres inférieurs, traduisent nettement au point de vue clinique la différence des déperditions albumineuses résultant de ces hydropisies diverses.

La *diarrhée* (qui tend toujours à produire l'inanition, puisqu'elle consiste dans l'expulsion prématurée des substances alimentaires plus ou moins chymifiées et des liquides digestifs versés dans l'intestin) n'entraîne pas nécessairement la désalbumination du sang et l'hydropisie : ainsi, le cholérique — qui a pendant deux ou trois jours une quarantaine de selles formées d'eau, de matières salines et de raclures épithéliales, mais dénuées presque entièrement d'albumine — ne présente pas d'hydropisie ; et si, une fois la diarrhée enrayée, il échappe aux dangers résultant de la concentration sanguine, sa guérison est définitive. Le dysentérique, au contraire — qui pendant quinze à trente jours élimine de l'albumine dans ses selles — est exposé à l'œdème, tout comme les malades qui perdent de l'albumine par les urines, par suite de la désalbumination du sang. Il en est de même des tuberculeux atteints de ces diarrhées albumino-sanglantes, dont la gravité pronostique est parfois méconnue, parce qu'elle coïncide, dans bien des cas, avec un état plus ou moins stationnaire des lésions pulmonaires. Il en est de même aussi de ces enfants qu'on désigne sous le nom d'atrepsiques et chez lesquels la spoliation albumino-sanglante, résultant de la diarrhée, s'accompagne d'œdèmes non moins incoercibles et ajoute ses effets débilitants à ceux d'une inanition persistante ; il en est de même encore dans les entérites ulcéro-membraneuses, qui se traduisent souvent par des alternatives de diarrhée et de constipation, puis par des troubles gastriques consécutifs et qui entraînent à la fois l'inanition et l'hypo-albuminose. Le même fait s'observe enfin dans toutes les diarrhées chroniques caractérisées par l'apparition des hydropisies et dans la pathogénie desquelles on retrouve concurremment, d'une part, l'inutilisation des substances ingérées et des produits de digestion salivaires, gastriques, hépatiques, pancréatiques, intestinales et, d'autre part, les déperditions sécrétoires albumineuses.

Dans les *suppurations*, ce sont les globules blancs et l'albumine qui forment la base de la sécrétion morbide, et ce sont ces déperditions qui ont pour conséquence une désalbumination du sang proportionnelle à l'étendue de la surface affectée ainsi qu'à l'abondance et à la continuité des spoliations, d'où résulte au bout d'un temps variable la dénutrition et le marasme.

Quant à la *consomption fébrile*, elle est très complexe dans ses éléments :

en dehors des déperditions sudorales — dont la composition d'ailleurs est variable suivant les régions en particulier, et peu riche généralement en substances albumineuses — il existe une double cause d'épuisement résultant, en premier lieu, de l'inanition due à l'inappétence et aux troubles digestifs divers; puis, en second lieu, de la combustion exagérée des tissus, ce que révèle l'excrétion généralement accrue de l'urée et d'autres déchets, moins complètement oxydés, des albuminates de l'organisme. L'urée peut, sans doute, ne pas se trouver en excès dans l'urine lorsque, durant la période d'inanition, le malade n'ingère plus d'aliments et que l'usure des tissus fournit, à elle seule, des déchets azotés en proportion sensiblement égale ou même inférieure au taux normal. Mais si cette usure (qui peut être ainsi limitée, à un moment donné, par le défaut de réparation nutritive) suffit à rendre compte de la débilitation et de l'amaigrissement, elle n'exerce pas nécessairement sur le sang une désalbumination apte à entraîner inévitablement l'hydropisie; et si dans certaines consomptions fébriles, comme celle de quelques typhiques, par exemple, on voit survenir des œdèmes consécutifs à l'hypo-albuminose, c'est qu'il existe en même temps chez ces inanitiés des causes particulières de désalbumination sécrétoire, telles que la diarrhée notamment. En tout cas, qu'elle soit cause ou effet de l'hyperthermie, la consomption réalisée aux dépens de la trame intime des tissus contre-indique l'usage de l'antipyrine, parce que ce médicament augmenterait la dénutrition, et vous vous rappellerez qu'il convient d'en proscrire l'emploi dans cet état d'inanition et de désalbumination organique. (Robin.)

Il me reste à dire un mot de l'*hypo-albuminose qui résulte des saignées* et qui — persistant seulement dans les cas d'hémorrhagie considérable — est, en général, promptement réparée, grâce aux albuminates fournis par la lymphe, particulièrement diffusible, et grâce à la restauration des globules rouges effectuée notamment dans les éléments colorés de la moelle osseuse en l'espace de sept à trente-cinq jours, pourvu que la perte sanguine n'atteigne pas le quart de la masse totale de sang. Aussi ne se produit-il d'hydropisie que dans la véritable anémie d'origine hémorrhagique, absolument distincte à cet égard de la chlorose ou des anémies appelées spontanées. — Et, à propos de la saignée, je vous ferai remarquer que la couenne blanchâtre, dite inflammatoire, résulte simplement de la lenteur relative de la rétraction de l'éponge fibrineuse dans le caillot, qui se sépare toutefois plus vite du sérum à mesure que l'hémorrhagie se prolonge et au fond duquel les globules rouges ont le temps de se déposer avant d'être emprisonnés dans les mailles superficielles. Rappelez-vous aussi que le chiffre de la fibrine (qui est loin d'être en rapport d'ailleurs avec celui de l'albumine) augmente dans la proportion de 3,01 à 4,22, puis à 5,23, chez un chien soumis à trois saignées successives et que, d'autre part, l'hyperinose se produit spontanément, avant toute phlébotomie, à la suite de l'inanition expérimentale ou de la diète imposée par les fièvres ou les phlegmasies, et vous comprendrez que les saignées ne sauraient exercer sur ces conditions pathologiques aucune influence heureuse.

©BIU Santé

REVUE TRIMESTRIELLE

DES JOURNAUX D'OBSTÉTRIQUE ET DE GYNÉCOLOGIE.

ANNALES DE GYNÉCOLOGIE. ARCHIVES DE TOCOLOGIE. — JANVIER, FÉVRIER, MARS 1888 (1).

Action de l'ergotine sur l'involution de l'utérus, par le docteur E. Blanc, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Lyon. — Quelle est l'action de l'ergot de seigle sur le retrait de l'utérus ? A-t-il ou non une influence sur l'involution ? L'accélère-t-il ? La retarde-t-il ? Tel est le problème que l'auteur se propose de résoudre.

Ganzinotti, dans sa thèse inaugurale, a réuni 31 cas où l'ergot a été administré, soit après la délivrance pour arrêter une hémorrhagie, soit dans les premiers jours des couches pour une raison ou une autre. De l'observation de cette série de 31 cas, il résulte que, si le retrait quotidien est plus fort dans les trois jours qui suivent l'administration du seigle ergoté, il cesse d'être supérieur dans les jours suivants, et même le retrait quotidien moyen est un peu plus faible qu'en dehors de l'administration de ce médicament.

M. Forhier, maître du docteur Blanc, et inspirateur de son travail, admet aussi que l'ergot agit défavorablement sur l'involution utérine.

Le docteur Blanc a expérimenté sur près de 100 femmes, et les a suivies régulièrement jusqu'au dixième jour des couches en les soumettant ou non à des injections d'ergotine. Toutes ces observations ont été groupées en trois séries. Une première, de 40 cas, servant de terme de comparaison et comprenant les femmes non soumises à l'action de l'ergotine. Une deuxième, de 40 cas aussi, mais avec administration de l'ergotine *pendant les cinq premiers jours de couches*. Une troisième série enfin, de 12 cas seulement, ergotisés jusqu'au dixième jour après l'accouchement.

L'expérience ne peut être prolongée au delà du dixième jour, parce que les femmes, impatientes de sortir, sont difficilement retenues à la clinique plus longtemps.

Comme préparation d'ergot, l'ergotine Yvon a été choisie, ses effets paraissant plus constants et plus sûrs. Elle était administrée en injections hypodermiques dans la paroi abdominale.

La première injection était faite aussitôt après l'accouchement ou dans les premières heures qui suivaient. Le docteur Ham s'assurait des changements survenus dans la forme et la consistance de l'utérus. Si, après un quart d'heure ou dix minutes, il n'était pas dur et contracté, une seconde piqûre, et même une troisième, étaient faites, si l'organe n'obéissait pas. Il y aurait, d'ailleurs, des différences individuelles considérables au point de vue de la contractilité utérine. Dans quelques cas rares, 3 grammes d'ergotine ne réussirent pas à former le *globe rassurant*.

L'auteur arrive de suite à une première conclusion. Loin de soulager les tranchées en amenant l'expulsion de caillots, comme Velpeau, Crozat, Stoltz le croyaient, l'ergot les exagère et peut les rendre insupportables.

On admet généralement que l'action de l'ergot s'épuise une demi-heure, une heure au plus après son administration. Il n'est pas rare, dit M. Blanc, de trouver l'utérus contracté, dur et comme tétanisé deux ou trois jours après une hémorrhagie de la délivrance traitée par l'ergotine. Cependant, il a cru indispensable, pour mener à bien ses recherches, de répéter la même dose durant plusieurs jours.

Les mensurations ont été prises de deux façons différentes. La mensuration externe tous les jours; la mensuration interne, au cinquième et au dixième jour des suites de couches. Toutes ces mensurations sont sujettes à erreurs. Les causes de ces erreurs sont, pour M. Blanc :

1° *La réplétion de la vessie.* — 100 grammes d'urine suffisent déjà pour élever le fond de l'utérus d'environ 1 centimètre. La hauteur du fond de l'utérus, après la miction, peut diminuer de 1 à 6 centimètres. Ganzinotti insiste sur cette particularité qu'avait déjà signalée Velpeau.

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

2° *La réplétion de l'ampoule rectale* peut être cause d'erreur du même genre, comme cela résulte des recherches de Luschka, Dohrn, Credé. Toutefois, les variations en hauteur de l'organe sont ici beaucoup moins accentuées.

3° *L'antéflexion de l'utérus.* — Cette antéflexion commence généralement du deuxième au quatrième jour après l'accouchement. Vers cette époque, l'utérus, déjà moins volumineux, subissant en haut la pression des masses intestinales, tiraillé en bas par les ligaments ronds, s'infléchit peu à peu en avant, jusqu'à former avec son col un angle droit. Au dixième jour, par le palper et le toucher combinés, on le trouve ainsi couché sur la paroi vaginale antérieure, de telle sorte que ses deux faces accessibles à l'exploration sont devenues, l'une supérieure, l'autre inférieure, et que son fond glissant le long de la paroi abdominale a gagné la face postérieure de la symphyse pubienne qui le dérobe à l'exploration. Que la moindre réplétion de la vessie s'accuse par une ascension de l'utérus, c'est ce qui ne peut que résulter de ces nouveaux rapports.

La façon dont se produit cette flexion considérable de l'utérus est intéressante à connaître. Le col, encore long, très mou, et maintenu par les attaches supérieures du vagin, joue un rôle absolument passif dans ce déplacement. C'est toute la masse dure, contractée de l'utérus, le globe utérin proprement dit, qui s'incline en avant sous l'influence des forces signalées ci-dessus, et c'est très exactement *au-dessous de l'anneau de Bandl* que l'inflexion du corps sur le col se produit. A l'union de ces deux parties, et en avant, on sent au toucher l'éperon saillant formé par l'anneau, tandis qu'en arrière, cette même saillie est cachée au fond d'une concavité profonde formée par le col et le corps.

Je rappelle à ce propos que, dans l'une des dernières Revues obstétricales de l'Union, *j'ai analysé un travail de M. Varnier dans lequel il est démontré que l'anneau de Bandl a été pris pour l'orifice interne du col par une erreur d'interprétation. M. Pinard a bien montré qu'au-dessous de l'anneau de Bandl, la muqueuse avait les caractères de la muqueuse du corps et non pas du col, et M. Varnier nous dit que cet anneau marque la limite supérieure du segment inférieur du corps.*

L'antéflexion utérine est, suivant le docteur Blanc, la règle dans les suites de couches, tant que l'utérus n'a pas repris son volume normal, ou à peu près. Sur environ 100 explorations faites au dixième jour, M. Blanc n'a trouvé que deux fois l'utérus en rétroversion.

Ce déplacement en avant de l'utérus enlève à la mensuration externe une grande partie de sa valeur, puisque, outre les irrégularités avec lesquelles il se produit, il cache à l'exploration la grosse masse de l'organe. Ce même déplacement est, en outre, pour le cathétérisme, la source de difficultés parfois insurmontables, le bec de la sonde venant se perdre au-dessous de l'anneau de Bandl, sous le coude qui existe à cet endroit et dans les plis qui s'y trouvent. On évite l'obstacle en réduisant l'antéflexion. Pour cela, l'indicateur de la main qui pratique le toucher redresse l'utérus à travers la paroi antérieure du vagin, tandis que l'autre main placée à l'hypogastre saisit le fond de l'organe devenu accessible, et le ramène en haut et en arrière. Grâce à ce mouvement de bascule, le col vient s'offrir à l'entrée du vagin.

Le cathétérisme intra-utérin peut encore fournir des indications erronées, la sonde fuyant vers l'une ou l'autre des trompes ou s'arrêtant contre les parois de l'utérus. Elle peut déprimer assez le fond de l'organe pour que la hauteur accusée diffère de plusieurs millimètres de la hauteur vraie.

Toutes les opérations du docteur Blanc ont été accompagnées d'une antisepsie rigoureuse.

Il résulte de ses observations que la régression utérine, au point de vue de la diminution de volume de l'organe, a été plus constante, plus régulière dans les cas où l'ergotine n'a pas été administrée (80 p. 100 de diminution au lieu de 75 p. 100).

La diminution de la cavité utérine, du cinquième au dixième jour, n'a jamais dépassé 4 centimètres. Les diminutions accentuées de 3 à 4 centimètres sont beaucoup moins fréquentes chez les femmes ergotisées. La proportion des cas à involution rapide est, chez ces dernières, de 2,5 p. 100, tandis que, chez les femmes non ergotisées, elle atteint 15 p. 100. Lorsqu'au dixième jour, le cathétérisme ne donne aucun changement dans la

©BIU Santé

hauteur de l'utérus ou même que cette hauteur paraît augmentée, il ne faut pas en conclure que le volume de l'organe soit resté tel du cinquième au dixième jour. L'amoindrissement des dimensions de la cavité utérine ne suit pas toujours nécessairement le travail involutif qui se passe dans les parois. Immédiatement après l'accouchement, l'utérus, qui pèse plus de 1 kilogr., a des parois épaisses de 3 à 4 centimètres. Cette épaisseur descend le cinquième jour à 2 centimètres, et le dixième, elle atteint à peine 1 centimètre. Le poids de l'organe a aussi diminué de plus de moitié. Mais, à mesure que l'utérus s'amincit, sa contraction, puis sa rétraction disparaissent ou s'affaiblissent considérablement, ce qui, jusqu'à un certain point, met obstacle à l'amoindrissement proportionnel de la cavité. Aussi, la rétention des lochies, la présence d'un caillot sanguin suffisent en quelques cas pour vaincre la résistance des parois et pour amener la distension de l'organe.

Il est intéressant de rapprocher les résultats fournis par le cathétérisme de ceux que donne la *mensuration externe*. Celle-ci, quoique manquant de la précision du premier, a au moins l'avantage de comprendre les parois utérines dans son travail d'estimation. Or, dans le cas où l'ergotine est administrée, nous voyons les diamètres extérieurs de l'utérus l'emporter sans cesse sur les diamètres correspondants des femmes non soumises à l'action de l'ergot.

C'est dans la série de 40 cas sans ergotine que l'on trouve, au dixième jour, le plus souvent notée la disparition du fond de l'utérus derrière la symphyse, disparition qui a lieu dans un quart des cas, les autres séries offrant une proportion moins heureuse de beaucoup.

Le docteur Blanc n'a pu, dans son travail, vérifier l'influence de l'allaitement sur la régression utérine, la plupart des femmes ne nourrissant que trois ou quatre jours.

La multiparité se révèle dans tous les tableaux comme une cause accélératrice de l'involution.

Avant de clore son étude, le docteur Blanc répond à une dernière question. Comment l'ergot de seigle, excitateur par excellence de la fibre musculaire lisse, peut-il gêner la rétraction d'un organe presque exclusivement constitué par cet élément anatomique?

D'abord, les contractions utérines causées par l'ergot ne sont pas comparables aux contractions physiologiques. Avec l'ergot, la contraction est presque continue et spasmodique. La contraction physiologique est bien et franchement intermittente.

La nutrition interstitielle, la circulation doivent être profondément troublées dans le premier cas, tandis qu'elles se font régulièrement dans le second.

D'autre part, le bénéfice qu'on espère retirer de l'emploi de l'ergot après l'accouchement n'est qu'un leurre, puisque la masse de l'organe est destinée à s'atrophier par dégénérescence granulo-graisseuse de ses éléments anatomiques, avec résorption consécutive, et non par le simple fait de contractions répétées. Sans doute, dit le docteur Blanc, on peut nous opposer la disparition ou l'arrêt de certains fibromes à la suite d'injections d'ergotine. Mais le fibrome est un néoplasme à développement actif, riche en éléments jeunes, dans l'épaisseur duquel on cherche à amener des troubles de nutrition assez marqués pour provoquer la destruction des tissus, ou tout au moins leur arrêt de développement. Rien de semblable n'a lieu dans l'utérus *post partum;* c'est tout naturellement que le travail de désintégration se produit comme aussi la résorption des nombreuses granulations qui en résultent. Dès le troisième ou quatrième jour (Heschl et Jenks) après l'accouchement, l'organe tout entier a subi la même altération. Les fibres musculaires lisses privées des noyaux prennent l'aspect pâle, légèrement granuleux. Dès lors disparaît l'action excitatrice de l'ergot. Mais cette action n'est pas seulement inutile, elle est dangereuse soit à cause de la rétention des caillots et des lochies à laquelle elle prédispose, soit de l'anémie des vaisseaux, capable de gêner l'absorption des matériaux dus au mouvement de dénutrition.

J'ai analysé longuement ce travail à cause de son intérêt pratique. On use et on abuse encore des préparations d'ergotine. L'ergot est un médicament dont on connaît mieux les inconvénients que les avantages, et quoique le docteur Blanc ait cru devoir, dans ses conclusions, le recommander encore contre les hémorrhagies secondaires, il me semble — et je décidérais logiquement d'après son excellente étude si nous n'avions pas pour

prendre ce parti la meilleure des conseillères : la clinique — il me semble, dis-je, qu'il vaut mieux ne l'employer qu'après les injections d'eau chaude à 48°, et toujours à faible dose, sans prolonger ce mode de traitement. Les hémorrhagies secondaires qui résistent aux injections d'eau chaude à 48° et aux bains chauds entiers et prolongés sont entretenues soit par une mauvaise hygiène, soit par un état particulier de la muqueuse qui nécessite un traitement local, spécial.

Le guide maternel ou l'hygiène de la première enfance, par le docteur A. Selle. Paris, O. Doin, éditeur. — Ce livre, destiné à diriger les femmes et à leur enseigner quels soins doivent être donnés à l'enfant du premier âge, renferme d'excellents principes. L'auteur prend pour devise ces mots du docteur Brochard : « Sur un million d'enfants qui naissent, il en meurt la première année 360,000. Tous les enfants vivraient si leurs mères savaient les élever. » Le docteur Selle a cherché à donner aux mères cette science qui leur manque. Cette attention est louable. Souhaitons que son livre se répande. Il rendra des services. H. Stapfer.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 4 juin.

De l'influence de la température organique sur l'action convulsivante de la cocaïne, par MM. Langlois et Ch. Richet. — Les propriétés calmantes de la coca sont depuis longtemps connues. Celles de son alcaloïde la cocaïne ne sont étudiées que depuis peu. Elles sont anesthésiantes et rendent de grands services aux chirurgiens pour l'anesthésie localisée. On l'obtient par des injections hypodermiques. On a parfois observé des accidents à la suite de ces injections, des nausées, des vomissements, de l'agitation, des syncopes, etc.

Des physiologistes se sont, de leur côté, livrés à son étude, et ont signalé, en plus, l'action convulsive. Nous avons reconnu tout ce qu'avaient vu nos prédécesseurs, et non seulement nous avons mieux précisé, mais nous avons découvert un point nouveau des plus importants.

Ce point, le voici : l'action convulsive de la cocaïne, à doses égales, se produit d'autant plus intense que l'animal est soumis à une température plus élevée.

Soit un chien mis dans un bain à 42°-40°, si on lui injecte une dose de cocaïne minime, 8 milligr. par exemple, les convulsions apparaissent tout de suite. Mais si, le lendemain, le même animal étant refroidi dans un bain à 31°, on lui injecte une dose de cocaïne bien supérieure, soit 4 centigr., il n'éprouve aucune convulsion. Cependant, si on le réchauffe alors dans un bain à 39°, *sans nouvelle injection*, les convulsions apparaissent très violentes.

Plusieurs fois répétées sur d'autres animaux, ces expériences ont donné des résultats identiques.

D'autre part, nous avons encore observé que ces mouvements convulsifs augmentent notablement et rapidement la température, même sans aucun adjuvant extérieur. Or, cette hyperthermie organique devient à son tour une cause d'augmentation des convulsions. Il y a donc là un cercle vicieux, et si l'on ne parvient pas à le rompre, l'animal périt par arrêt du cœur et de la respiration.

Que faut-il donc faire pour enrayer cette action destructive et sauver l'animal? Tout de suite le refroidir, et l'on voit alors les convulsions s'arrêter, et le toxique s'élimine lentement.

Appliquant ces données à la pathologie, nous nous demandons si, dans certaines intoxications, celle de la fièvre typhoïde par exemple, l'action bienfaisante hypodermique des bains froids n'agit pas de la même façon.

Sur l'élimination par les urines, dans les maladies infectieuses, de matières solubles, morbifiques et vaccinantes, par M. Bouchard. — J'ai démontré, en novembre 1883, que si l'on

©BIU Santé

injecte au lapin les urines filtrées de l'homme cholérique, on détermine une intoxication spéciale absolument différente de l'empoisonnement par l'urine normale, et qui reproduit les symptômes caractéristiques du choléra : cyanose, algidité, crampes, diarrhée analogue à la purée cholérique, desquamation de l'intestin grêle, accumulation dans la vésicule biliaire de la bile qui ne s'écoule plus dans l'intestin, albuminurie graduellement croissante, anurie, urémie et mort après trois ou quatre jours de maladie.

Je puis établir aujourd'hui pour une autre maladie infectieuse, la maladie pyocyanique, que les urines des animaux infectés emportent non seulement des poisons solubles, capables de reproduire chez les animaux sains quelques-uns des symptômes de la maladie infectieuse, mais même la matière vaccinante soluble qui se montre capable de rendre les animaux, auxquels on injecte ces urines, réfractaires à l'inoculation ultérieure de l'organisme pathogène.

Les urines d'une série d'animaux successivement inoculés avec le bacille pyocyanique ont été récueillies chaque jour, filtrées au filtre de porcelaine, et les essais de culture ont établi chaque fois qu'aucun microbe n'avait passé à travers le filtre. Cette urine, ainsi dépouillée d'organismes pathogènes, a été, tous les deux jours, injectée à la dose moyenne de 30 centimètres cubes sous la peau de lapins sains. Trois lapins ont reçu ainsi 205, 145 et 140 centimètres cubes d'urine. Les deux premiers lapins ont présenté au bout de douze à quinze jours une paralysie des membres postérieurs, telle qu'on l'observe chez les animaux inoculés sous la peau avec le microbe pyocyanique ou chez lesquels on injecte sous la peau la culture filtrée débarrassée de ses microbes.

Le premier animal est mort par suite d'un accident. Les deux derniers ont été inoculés par la voie intra-veineuse, l'un avec 1 centim. c. 2, l'autre avec 1 centimètre cube de culture de bacille pyocyanique. Pour chacune de ces inoculations, des témoins ont été inoculés de la même façon et aux mêmes doses, avec la même culture puisée au même instant. Les témoins ont succombé après 27 heures, 28 heures et 22 heures. Les deux animaux, préalablement injectés avec l'urine, sont actuellement encore bien portants.

Des animaux, préalablement injectés avec des urines normales, n'ont acquis aucune immunité.

Ces expériences prouvent que les matières solubles morbifiques ou vaccinantes peuvent être fabriquées par les microbes dans le corps des animaux infectés, comme elles le sont *in vitro*, et que ces matières solubles ne restent pas indéfiniment dans le corps des animaux infectés, mais qu'elles sont capables de s'éliminer en partie au moins par la sécrétion urinaire.

Conséquences tardives de l'infection expérimentale, par M. Charrin. — En pathologie expérimentale, nous connaissons surtout les effets immédiats des maladies infectieuses, ceux qui se développent pendant que le microbe se multiplie et fonctionne dans le corps de l'animal. Nous connaissons moins bien les conséquences tardives des affections parasitaires, celles qui se rattachent directement à l'infection, mais qui ne se manifestent qu'à une époque où depuis longtemps l'agent microbien a disparu. Cela tient à ce que, pour des raisons diverses, on ne conserve pas très longtemps dans les laboratoires les animaux qui semblent revenus à la santé; cela tient également à ce que la plupart des maladies infectieuses expérimentales se terminent promptement par la mort.

Grâce aux vaccinations, il est possible de conférer aux animaux une résistance telle que le microbe pathogène ne provoque plus qu'une affection aboutissant à une guérison au moins apparente.

J'ai déjà signalé les paralysies déterminées chez le lapin par le bacille pyocyanique. Si, avant l'inoculation intra-veineuse, le lapin a été vacciné, ces paralysies, que les produits solubles sont, comme le microbe, capables de reproduire, n'apparaîtront pas, ou n'apparaîtront que tardivement, deux, trois mois après l'inoculation. Or, si, à ce moment, on recherche, dans le système nerveux ou les muscles, le microbe pathogène, on ne le décélera ni par la culture, ni par l'examen histologique. Il est, au contraire, aisé de le retrouver dans la moelle, si on le recherche dans les quatre ou cinq jours qui suivent l'injection intra-veineuse.

On ne saurait donc invoquer, pour expliquer les résultats négatifs ultérieurs, un vice de technique. Le microbe a réellement existé à un moment donné dans le système nerveux du lapin inoculé; il a disparu, et ce que l'on constate, ce sont les troubles fonctionnels des cellules nerveuses irritées à une certaine période par le microbe lui-même ou par ses sécrétions.

Dans une autre expérience, j'ai pu garder, grâce à une vaccination partielle préalable, un lapin pendant onze mois. Pendant ces onze mois, par trois fois, en avril, juillet et novembre 1887, ce lapin a reçu dans les veines des doses de culture pure du bacille pyocyanique suffisantes pour faire mourir en deux ou trois jours des animaux témoins. Immédiatement après chaque inoculation, on retrouvait dans l'urine du lapin en expérience le bacille pathogène, si facile à mettre en évidence; puis, au bout d'un certain temps, on cessait de le retrouver. Du 13 janvier au 14 mars 1888, ce bacille a été inutilement recherché. Au moment de la mort (14 mars 1888), on a ensemencé des bouillons avec tous les viscères; dans aucun tube, dans aucun ballon, la pyocyanine ne s'est formée : le microbe était donc absent. Or, dans les derniers mois, une albuminurie qui avait débuté à la suite des inoculations est allée progressivement, et, à l'autopsie, les reins étaient granuleux, scléreux, avec lésions épithéliales, dégénérescence amyloïde considérable et cœur très hypertrophié.

Il est légitime de rapporter cette néphrite à l'infection. J'ai établi par de nombreuses expériences que le bacille de la pyocyanine était capable d'engendrer des inflammations du rein; chez le lapin en question, ce bacille a été constaté dans le sang, dans l'urine à trois époques différentes, et c'est à ces moments que l'albuminurie s'est montrée. Le bacille a disparu, mais les cellules rénales lésées ont continué à évoluer dans le sens pathologique. L'infection avait pris fin; ses conséquences ne s'en sont pas moins poursuivies.

Ainsi en est-il dans nombre de cas d'infections et d'intoxications humaines, et, dans la maladie pyocyanique, il y a infection et intoxication. Supprimez à un moment donné le plomb ou l'alcool, la marche de la sclérose ne s'en poursuit pas moins. Une scarlatine est terminée, une diphthérie a pris fin; on voit s'établir une néphrite, une paralysie et l'on cherche en vain le microbe, qui a pourtant existé antérieurement.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 26 mai 1888. — Présidence de M. E.-R. Perrin, vice-président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

Correspondance imprimée. — Journaux, revues, circulaire de la Société contre l'abus du tabac avec plusieurs numéros du journal de la Société.

Correspondance manuscrite. — Lettre de M. Larroque qui, partant prochainement pour l'Amérique, demande à échanger son titre de membre titulaire contre celui de correspondant. (Renvoi à une commission composée de MM. Gillebert-Dhercourt, Polaillon et Duroziez, rapporteur.)

M. Leudet : Messieurs, j'ai l'honneur de présenter à la Société un travail que je viens de publier. Ce travail est extrait des *Annales de la Société d'hydrologie médicale de Paris*, et est intitulé : *Les bronchitiques goutteux aux Eaux-Bonnes.*

A l'occasion d'une discussion sur le *traitement de la goutte articulaire par les eaux minérales*, notre éminent collègue, M. Durand-Fardel, avait émis sur le rôle des eaux sulfureuses des opinions qui me paraissent beaucoup trop absolues, et auxquelles il m'était impossible de souscrire. Pour lui, le goutteux, quel qu'il fût, de quelque affection qu'il fût atteint, ne devait, sous aucun prétexte, toucher à l'eau sulfureuse; celle-ci était à tout jamais bannie de la thérapeutique de la goutte. Cette opinion était pour moi entachée d'une telle exagération, que je résolus d'en vérifier la valeur à la seule lueur des faits. C'est le résultat de mon enquête que j'ai consigné dans le travail que je dépose aujourd'hui sur le bureau de la Société de médecine de Paris.

Il ressort de cette enquête que j'ai soigné aux Eaux-Bonnes des malades qui étaient à la fois bronchitiques ou pulmonaires et goutteux, goutteux *francs*, *articulaires*, et que

©BIU Santé

ces malades ont hénéficié de la cure au point de vue de leurs voies respiratoires, sans que leur goutte ait en rien entravé le traitement thermal ou ait été aggravée par lui. Ce sont là des fait cliniques qu'il m'a paru important de faire connaître, et que je livre avec confiance à l'examen de mes collègues.

— M. Duroziez lit un travail intitulé : *Saignées et vésicatoires dans la pneumonie.* (Sera publié.)

Election. — M. le docteur Fredet (de Clermont-Ferrand) est élu à l'unanimité membre correspondant.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

COURRIER

Par décret, en date du 30 mai 1888, M. Gavarret est nommé, pour quatre ans, membre du Conseil supérieur de l'instruction publique et de la section permanente de ce conseil ; — MM. Berthelot et Brouardel sont nommés, pour quatre ans, membres de la section permanente dudit Conseil.

— M. Mackiéwicz, médecin-major au 72e régiment d'infanterie, vient de recevoir une médaille d'argent de deuxième classe pour son courageux dévouement dans un incendie, où il a été grièvement blessé.

Hôpitaux de Bordeaux. — Le concours pour une place de médecin des hôpitaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Wiliam Dubreuil, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux, ancien interne des hôpitaux de Paris.

Nécrologie. — Le docteur François de Chaumont, professeur d'hygiène et de chimie appliquée à l'Ecole de médecine militaire de Netley. Cet honorable confrère, d'origine française, était un hygiéniste des plus éminents. Il a fait avec son maître Parkes un traité d'hygiène qui est arrivé à sa sixième édition.

Le docteur Felizet, de Maizières-la-Grande (Aube), reçu en 1858, conseiller d'arrondissement.

Le docteur Roquenvil (de Saint-Quentin), aide-major de première classe, mort du choléra au Tonkin.

Le docteur Gestin, de Quitignon (Finistère), ancien médecin principal de la marine, maire de sa commune, conseiller d'arrondissement du 3e arrondissement de Brest depuis 1877, vient de mourir à Lannion.

Le docteur Prunier, adjoint au maire de Saint-Mandé, décédé le 30 mai, à l'âge de 57 ans.

Société de médecine légale. — Séance du lundi 11 juin 1888, à 4 heures très précises, au Palais de Justice, dans la salle des Référés. — *Ordre du jour :* 1. Lecture et adoption du procès-verbal de la séance précédente. — 2. Rapport de la Commission chargée de l'examen du travail de M. le docteur Linossier (de Lyon). — 3. M. le docteur Moreau (de Tours) : Analyse du livre de M. le docteur Parant, « La raison dans la folie ». — 4. M. Marcel-Briand : Analyse de la thèse inaugurale de M. le docteur Vétault, « Etude médico-légale sur l'alcoolisme ». — 5. Suite de la discussion sur le mémoire de M. le docteur Vibert : Des traumatismes consécutifs aux accidents de chemins de fer. — 6. Communications diverses.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent de l'appétit et relèvent très rapidement les forces.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. J. GRANCHER et P. CHAUTARD : Influence des vapeurs d'acide fluorhydrique sur les bacilles tuberculeux. — II. INTÉRÊTS PROFESSIONNELS : Du droit pour le médecin de campagne d'exercer la pharmacie. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — IV. FORMULAIRE. — V. COURRIER.

Influence des vapeurs d'acide fluorhydrique sur les bacilles tuberculeux (1)

Par MM. J. GRANCHER et P. CHAUTARD.

Nous avons étudié :

1° L'influence de l'absorption de vapeurs d'acide fluorhydrique par les voies respiratoires sur l'évolution de la tuberculose conférée aux lapins par inoculation intra-veineuse.

2° L'action de l'acide fluorhydrique sur les cultures de tuberculose, *in vitro*.

L'exposé de nos recherches comprend donc naturellement deux chapitres, subdivisés en trois parties consacrées : la première à la description des dispositions expérimentales, la deuxième à la relation des expériences, la troisième aux conclusions.

I

INFLUENCE DE L'ABSORPTION DE L'ACIDE FLUORHYDRIQUE PAR LES VOIES RESPIRATOIRES.

Dispositions expérimentales. — Pour soumettre nos animaux à des inhalations méthodiques de mélanges titrés d'air et de vapeur d'acide fluorhydrique, nous avons fait choix des dispositions suivantes :

Le lapin en expérience est placé, dans sa cage, sous une grande cloche de de verre rodée et bitubulée de 70 lignes de capacité. Cette cloche est rendue parfaitement adhérente au plan de verre sur lequel elle repose par l'interposition d'un peu de graisse, de sorte que l'accès de l'air dans la cloche et sa sortie ne peuvent se faire que par les tubulures.

L'une de ces tubulures est en communication avec un aspirateur qui détermine un appel d'air de vitesse constante. Pour obtenir ce résultat, nous avons légèrement modifié la trompe de Bunsen, de sorte que, quelles que soient les variations de la pression dans les conduites, ce niveau reste le même, et, par suite, l'aspiration est toujours produite par une même colonne d'eau, limitée en haut par le niveau de l'eau dans le réservoir, et, en bas, par l'orifice du tube de déversement. La chute d'eau est constante, l'appel l'est aussi.

On peut à volonté diminuer ou augmenter cet appel d'air en ouvrant ou fermant le robinet qui règle le débit de l'eau dans la trompe. Le volume d'air qui passe dans l'appareil est mesuré au moyen d'un compteur à expériences. Dans nos recherches, il donnait le plus souvent 60 à 70 litres à l'heure.

(1) Mémoire lu à la Société de biologie.

©BIU Santé

La deuxième tubulure est en communication avec un flacon laveur, dans lequel l'air barbote, avant son entrée dans la cloche, dans la dissolution d'acide fluorhydrique qu'on veut expérimenter. Ce flacon a été enduit, au préalable, d'une mince couche de paraffine, qui préserve ses parois de l'action de l'acide fluorhydrique.

Expérience Ire. — Le 6 janvier 1888, six lapins reçoivent dans la veine de l'oreille 1 c. c. de bouillon de veau stérilisé contenant en suspension une culture pure de tuberculose ensemencée le 28 décembre 1887.

Deux de ces animaux sont réservés comme témoins ; les quatre autres ont respiré, dans l'appareil ci-dessus décrit, pendant deux heures chaque jour, de l'air qui avait traversé une dilution à 10 p. 100 d'acide fluorhydrique du commerce (1).

Les deux témoins sont morts le même jour, le 29 janvier.

Deux des lapins soumis aux inhalations de vapeurs d'acide fluorhydrique sont morts le 27 janvier.

Le troisème est mort le 29 et le quatrième le 30 janvier. Tous ces animaux étaient porteurs des mêmes lésions : Rate tuméfiée, foie décoloré, muscade, poumons congestionnés. Pas de tubercules apparents. Mais l'examen microscopique fait voir que le foie, la rate, le poumon, le foie surtout, contiennent une grande quantité de bacilles tuberculeux, et de nombreux tubercules élémentaires disposés à la périphérie du lobule hépatique.

Tous les lapins avaient perdu dans les derniers jours de leur vie une grande quantité de leur poids, variable de 250 à 515 grammes.

Conclusion. — Dans cette expérience, *l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique a été nulle.*

Mais on pouvait attribuer cette insuccès à la trop forte dilution de l'acide employé, nous avons donc fait une nouvelle expérience.

Expérience II. — Le 30 janvier, six lapins reçoivent chacun, dans la veine de l'oreille, 1 c. c. de culture de tuberculose ensemencée le 6 janvier, et mise en suspension dans du bouillon stérilisé.

Deux de ces animaux sont conservés comme témoins. Les quatres autres respirent, chaque jour pendant deux heures, l'air de la cloche mélangé de vapeurs d'acide fluorhydrique. Le titre de la dilution employée était de 40 p. 100 pour les deux premiers lapins et de 60 p. 100 pour les deux derniers.

Les lapins témoins sont morts le 14 février.

Les deux lapins qui ont respiré les vapeurs d'acide fluorhydrique à 40 p. 100 sont morts l'un le 12, l'autre le 14 février.

Les deux lapins qui ont respiré les vapeurs d'acide fluorhydrique à 60 p. 100 sont morts l'un le 13, l'auteur le 14 février.

Les lésions trouvées à l'autopsie sont les mêmes chez les témoins et les animaux traités. C'est le tubercule microscopique du foie, de la rate et du poumon.

Conclusion. — Dans cette seconde expérience, *l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique sur l'évolution de la tuberculose expérimentale a été nulle.*

II

ACTION DE L'ACIDE FLUORHYDRIQUE SUR LES CULTURES DU BACILLE TUBERCULEUX.

On peut objecter à ces premières expériences que le mode d'inoculation choisi (l'inoculation intra-veineuse) est, de tous, le moins favorable à l'ac-

(1) L'acide fluorhydrique du commerce dont nous nous sommes servis contient 44 p. 100 d'H Fl gazeux pur.

tion utile de vapeurs médicamenteuses; car, l'infection directe du sang, qui retentit d'abord sur le foie et la rate, et secondairement sur le poumon, semble *a priori* peu justiciable d'une thérapeutique dont l'effort principal porte sur la surface des voies respiratoires.

Nous avons donc recherché si les vapeurs d'acide fluorhydrique, mises en contact direct avec une culture pure de tuberculose, étaient capables de tuer les bacilles de cette culture.

DISPOSITIONS EXPÉRIMENTALES. — Un fragment de culture pure de tuberculose sur peptone gélosée et glycérinée est délayé dans 10 c. c. d'eau stérilisée, et introduit dans une pipette Pasteur modifiée par l'adjonction de deux tubes plongeants. La pipette est alors réunie d'une part à l'aspirateur déjà décrit, d'autre part à un flacon laveur dans lequel vient barboter l'air qui doit la traverser. Dans ce flacon, on verse 50 c. c. d'une dissolution aqueuse d'acide fluorhydrique au titre que l'on se propose d'expérimenter.

L'aspiration se fait de manière que l'air ait barboté dans la solution d'acide fluorhydrique.

Il suffit de règler avec soin le débit de la trompe pour éviter la mousse et le mouillage du tampon de coton qui ferme le tube de la pipette.

Expérience Ire. — Dans quatre pipettes disposées ainsi, nous faisons passer pendant une heure et demie un courant d'air, réglé à 50 litres à l'heure environ, et traversant au préalable des flacons laveurs qui contiennent des dilutions d'acide fluorhydrique du commerce aux titres de : 10, 20, 40, 60 p. 100.

Ceci fait, nous prélevons dans chaque pipette 1 c. c. de son contenu, et nous l'injectons dans la veine de l'oreille d'un lapin. Un second lapin *témoin* reçoit la même quantité de la même culture, ou mieux, de la même dilution, qui n'a pas été soumise à l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique.

Ainsi, 8 animaux ont été inoculés, 4 servant de témoins avec une culture pure diluée dans l'eau stérilisée, et 4 avec la même culture après action des vapeurs d'acide fluorhydrique.

Les inoculations ont été faites le 10 février.

Première série. — Vapeur d'acide fluorhydrique, titré à 10 p. 100 : Le témoin meurt le 27 février. Le lapin d'essai meurt le 2 mars.

Deuxième série. — Vapeur d'acide fluorhydrique, titré à 20 p. 100 : Le témoin meurt le 1er mars. Le lapin d'essai meurt le 4 mars.

Troisième série. — Vapeur d'acide fluorhydrique, titré à 40 p. 100 : Le témoin meurt le 2 mars. Le lapin d'essai meurt le 3 mars.

Quatrième série. — Vapeur d'acide fluorhydrique, titré à 60 p. 100 : Le témoin meurt le 29 février. Le lapin d'essai meurt le 4 mars.

Conclusions. — De cette première série d'expériences, on peut conclure que l'*action directe* des vapeurs d'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux *est réelle*, puisque les animaux d'essai sont tous morts, un, trois et quatre jours après les témoins, *mais que cette action est faible*, puisque la survie a été très courte.

Les huit animaux autopsiés portaient toujours les mêmes lésions microscopiques qu'on retrouve constamment dans ce mode d'inoculation.

Expérience II. — Comme on pourrait attribuer l'insuccès de ces expériences à une trop grande dilution de l'acide fluorhydrique et à une trop faible durée d'action de ses vapeurs sur la culture du tubercule, nous avons refait la même expérience dans les conditions suivantes :

©BIU Santé

Les dilutions d'acide fluorhydrique introduites dans les flacons laveurs ont été de 40, 60, 80 p. 100, et enfin l'acide pur du commerce (1).

De plus, nous avons prolongé le barbotage pendant quatre heures et demie.

Puis le 7 mars, nous avons procédé à l'inoculation de six lapins, deux servant de témoins, chacun des quatre autres recevant dans la veine de l'oreille 1 c. c. de culture traitée par les vapeurs de l'acide fluorhydrique aux titres sus-indiqués.

Les deux témoins meurent, l'un le 20, l'autre le 24 mars;

Le lapin d'essai à 40 p. 100 meurt le 2 avril;

Le lapin d'essai à 60 p. 100 meurt le 3 avril;

Le lapin d'essai à 80 p. 100 meurt le 16 avril;

Le lapin d'essai à l'acide pur est sacrifié le 3 mai. Il est encore vivant ce jour-là, mais est très maigre et pèse 1,650 grammes au lieu de 2,100 grammes, son poids initial. Sa rate contient quelques tubercules miliaires apparents, son foie est muscadé, son poumon contient de nombreux groupes de tubercules miliaires. Tous les autres animaux ont succombé avec la lésion de la tuberculose microscopique.

Conclusion. — De cette seconde série d'expériences, on peut conclure que l'*action directe et prolongée des vapeurs d'acide fluorhydrique sur le bacille tuberculeux diminue sa virulence, mais ne le tue pas.*

Dans cette expérience, l'action des vapeurs d'acide fluorhydrique a été proportionnelle à la concentration de l'acide employé. Plus cette concentration a été grande, et plus les animaux ont résisté. Le lapin inoculé après action des vapeurs d'acide fluorhydrique pur a survécu deux mois environ, et aurait peut-être vécu encore une ou deux semaines. Cependant il était tuberculeux à l'autopsie. Les vapeurs d'acide fluorhydrique pur, mises pendant plus de quatre heures en contact direct avec une culture de tuberculose, n'ont donc pas réussi à tuer tous les bacilles de cette culture. Or, ces vapeurs, malgré la paraffine protectrice, avaient attaqué le verre de la pipette Pasteur, qui contenait la culture essayée, et formé une grande quantité d'acide hydrofluosilicique, et c'est un liquide trouble, blanchi par cet acide, que nous avons injecté dans l'oreille de notre quatrième lapin.

La résistance des bacilles tuberculeux aux vapeurs d'acide fluorhydrique est donc bien plus grande qu'on ne pouvait le supposer, d'après les expériences de M. H. Martin, qui a vu qu'une trace presque impondérable, 1/10000, 1/15000 d'acide fluorhydrique du commerce, ajoutée à un milieu ensemencé de tubercules, empêche le développement de la culture.

Il semble aussi que ces expériences n'autorisent pas toutes les espérances qu'a fait naître l'observation de cas favorables dans l'espèce humaine, à moins que, par une action indirecte sur les sécrétions et sur la nutrition, les vapeurs d'acide fluorhydrique n'influencent favorablement la marche de la tuberculose. Nous ne croyons pas qu'on puisse légitimement espérer atteindre et détruire, au plus profond de l'économie, par les vapeurs de l'acide fluorhydrique, le bacille tuberculeux, que ces mêmes vapeurs atténuent, mais ne tuent pas *in vitro*, après un contact prolongé pendant plus de quatre heures.

Mais toutes les tentatives sont légitimes pour combattre l'agent de la

(1) La culture dans laquelle a passé, pendant quatre heures et demie, un courant d'air barbotant dans 50 c. c. d'acide fluorhydrique du commerce, dilué à 40 p. 100, a retenu 0 gr. 0,41 d'acide gazeux pur, soit 1,6 p. 1000.

La culture traitée par la dilution à 60 p. 100 en a retenu 0 gr. 107, soit 4,3 p. 1000.

La culture traitée par la dilution à 80 p. 100 en a retenu 0 gr. 213, soit 8,5 p. 1000.

La culture traitée par l'acide concentré du commerce a retenu 0 gr. 903 d'acide, soit 36 p. 1000.

phthisie pulmonaire, et les vapeurs d'acide fluorhydrique, qui sont très bien *supportées* par la plupart des malades, sont, en somme, un moyen d'atténuation, sinon de destruction du bacille tuberculeux. C'est déjà quelque chose.

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DU DROIT POUR LE MÉDECIN DE CAMPAGNE D'EXERCER LA PHARMACIE

Par le docteur L. Michalski, de Charny (Yonne),
Médecin de la Cie P.-L.-M.

I

Si nous en croyons une promesse récente faite au corps médical, le projet de loi, réglementant à nouveau l'exercice de la médecine, serait à la veille d'être porté à l'ordre du jour des délibérations parlementaires. Malgré toute la sollicitude mise à vouloir sauvegarder tous les intérêts en présence, malgré la haute compétence des notabilités chargées d'élaborer la solution à intervenir, ce projet, qui réalise d'incontestables progrès sur la législation de l'an XI, ne nous semble pas devoir donner satisfaction à toute une catégorie de médecins, dont la situation modeste est bien digne de fixer l'attention du législateur. Nous voulons parler des médecins qui pratiquent à la campagne ; pour eux, le droit d'exercer la pharmacie est une question vitale.

Or, si l'on n'y prend garde, par suite d'une ambiguïté de texte, la loi nouvelle va peut-être consacrer à jamais une injustice dont ces praticiens souffrent depuis longtemps, injustice dont ils n'ont pu, jusqu'à ce jour, éviter les conséquences fatales qu'en s'exposant aux poursuites pour exercice illégal de la pharmacie, ou aux demandes de dommages-intérêts introduites par le pharmacien. Quelle situation la loi fait et ferait-elle donc encore à certains médecins de campagne ? Disons tout de suite qu'en accordant à quelques-uns ce qu'il refuse à d'autres exerçant avec le même titre, dans des conditions identiques et dans une même circonscription médicale, le régime actuel crée de fâcheuses inégalités, ce que nous allons démontrer tout d'abord, en exposant des faits, et non de simples vues spéculatives. Comment les choses se passent-elles ?

Deux docteurs en médecine habitent deux petites localités distantes l'une de l'autre de six à douze kilomètres ; ils ont naturellement à se disputer la clientèle des villages, hameaux et fermes compris dans la région qui les sépare. Mais l'un habite le chef-lieu de canton où réside également un pharmacien ; dès lors, pour lui, défense de porter aux malades qu'il visite les médicaments qui leur sont nécessaires. Par contre, le domicile du confrère est éloigné de toute officine de plus de quatre kilomètres ; à celui-là, le législateur confère le droit de fournir aux malades qu'il soigne les médicaments dont ils ont besoin. De la constatation seule de ce fait, ressort l'inégalité des conditions faites par la loi à ces deux praticiens, auxquels pourtant l'Etat a demandé les mêmes garanties d'étude et les mêmes sacrifices de temps et d'argent. Est-il nécessaire d'insister plus longuement pour démontrer l'injustice créée par un tel état de choses ? Poursuivons. Le médecin qui fournit les médicaments ne va-t-il pas se trouver mieux armé pour la concurrence auprès des clients ruraux que son confrère ne jouissant pas des mêmes prérogatives ? Le premier aura sur le second une supériorité non seulement matérielle, mais encore morale.

Supposons un malade également éloigné de nos deux médecins. En cas de besoin, auquel s'adressera-t-il de préférence ? Sans aucun doute, à celui qui lui épargnera le plus de temps et de fatigue, à celui qui lui apportera les secours les plus prompts, c'est-à-dire au médecin qui fournira les médicaments, qu'avec l'autre il serait obligé d'aller chercher chez le pharmacien. Ajouterai-je que le médecin qui fournit les médicaments n'en exige pas le paiement immédiat, tandis que le plus ordinairement chez le pharmacien, il faudrait en acquitter le prix sur l'heure.

©BIU Santé

Ce serait ignorer le caractère et les habitudes du paysan que de méconnaître l'influence d'une pareille considération sur le choix qu'il fera. Donc, supériorité matérielle sur son confrère, pour le médecin qui fournit les médicaments.

Est-ce là tout ? Point. Le campagnard, né méfiant, admettra difficilement que deux médecins ayant même qualité puissent ne pas avoir les mêmes droits. Pour lui, celui qui peut être en même temps pharmacien, doit nécessairement avoir des capacités supérieures à celles de son confrère à qui la loi ne reconnaît pas les mêmes privilèges. Faut-il trouver étrange un pareil raisonnement chez des gens pour qui souvent le titre d'officier de santé paraît supérieur à celui de docteur en médecine. Au début de ma carrière médicale, il n'y a pas si longtemps, dans le département de l'Yonne qui n'est certes pas un des plus arriérés au point de vue de l'instruction publique, quelques paysans me tenaient à moi-même un propos que je veux rapporter. « Vous êtes docteur, me disait-on ; mais, M. X..., (un confrère exerçant dans la même région) est officier, lui ; c'est donc qu'il est plus savant que vous ». Pour ces braves gens, ce titre d'officier devait représenter un degré supérieur dans la hiérarchie médicale. Si j'ai relaté cet épisode, c'est qu'il m'a toujours paru très topique et qu'ensuite il montre bien que toutes les armes sont bonnes dans cette lutte pour l'existence qui devient chaque jour plus difficile. J'en ai dit assez pour montrer de quelle supériorité morale peut bénéficier le médecin qui fournit les médicaments, auprès d'individus peu aptes à comprendre les subtilités de la loi.

Dans l'exemple que nous avons pris pour la clarté du sujet, nous avons parlé de la concurrence que peuvent se faire deux médecins seulement. Mais, comme il arrive souvent qu'un médecin qui ne peut fournir les médicaments a pour voisins deux ou trois confrères jouissant de l'avantage qui lui est refusé, son sort est facile à prévoir : il devra succomber dans une lutte inégale avec des concurrents plus favorisés.

Nous prévoyons une objection. Tout médecin peut, il est vrai, fournir des médicaments à ses malades, à la condition que ces médicaments sortent directement et pour le besoin actuel, de l'officine du pharmacien. Ce droit n'est-il pas illusoire ? Le médecin qui se rend près d'un malade pour la première fois, peut-il exactement prévoir quels médicaments réclamera une maladie qu'il n'a pas encore constatée ? Faut-il donc qu'il se munisse des différents remèdes qu'il suppose pouvoir être indiqués ? En pareil cas, le commerce du pharmacien sera prospère, mais les propres affaires du médecin consciencieux seront peu brillantes ; car, s'il s'impose, comme il faut l'admettre, le devoir de ne pas donner sans indication précise les médicaments dont il s'est pourvu à tout hasard, il se verra obligé de garder pour son compte des préparations qui le plus souvent seront altérées avant qu'il puisse en trouver le placement utile.

Nos législateurs laisseront-ils subsister un pareil état de choses ? La loi nouvelle consacrera-t-elle un tel déni de justice ? En réclamant les mêmes droits pour tous les médecins de campagne exerçant dans des conditions identiques, nous n'avons invoqué jusqu'à présent que l'intérêt personnel du médecin. Il va nous être facile d'établir en quelques mots combien l'intérêt privé est ici conforme à l'intérêt public des populations rurales. Il nous suffira de montrer le paysan faisant huit kilomètres, quelquefois dix, pour aller chercher le médecin, et autant pour regagner son propre domicile ; puis, obligé de parcourir le même chemin pour se procurer chez le pharmacien, les remèdes ordonnés par le médecin. C'est une grande journée perdue en courses fatigantes, c'est une longue journée d'attente pour le malade. Que le cas soit grave, qu'une médication prompte soit nécessaire pour conjurer un danger imminent, une hémorrhagie puerpérale, une attaque d'éclampsie, le croup, les médicaments n'arriveront-ils pas quelquefois trop tard ?

(A suivre.)

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Fin de la discussion sur la castration chez la femme. — Présentations de malades.

M. Monod, à propos du procès-verbal, cite trois faits où il a employé le chloroforme

dans la trachéotomie, dont deux fois chez le même malade. Dans un des cas, il y avait une ossification complète du corps thyroïde; l'opération fut très laborieuse, du sang tomba dans la trachée, et le malade, n'ayant pu le rejeter parce qu'il était endormi, mourut peu de jours après. Dans la seconde observation, il s'agit d'un homme atteint de cancer du larynx, et chez lequel il y avait une ossification de la trachée.

M. Terrier est entièrement opposé à l'opinion de M. Monod. Il a vu aussi une ossification de la trachée, mais le chloroforme lui a permis de faire une hémostase complète.

— M. Polaillon divise les fibromes utérins en deux catégories, selon qu'il n'y a pas hypertrophie de l'utérus ou qu'au contraire cet organe est augmenté de volume. La première classe n'est pas justiciable de la castration qui ne semble indiquée que quand il y a hypertrophie avec hémorrhagies et augmentation de la cavité. Il y a alors diminution de la tumeur après l'oophorectomie. Les hémorrhagies, quand la cavité est grande, peuvent compromettre la vie, elles ont lieu pendant les époques ou par les rapprochements sexuels, les chocs, etc., et sont bien combattues par l'opération. L'année dernière, dans un cas, M. Polaillon a observé la cessation complète de l'écoulement sanguin et une diminution rapide de la tumeur. Quand même il y a corps fibreux et hypertrophie utérine, la castration peut être dangereuse. C'est ainsi que, dans un fait où il y avait des hémorrhagies et un agrandissement de la cavité, l'enlèvement de l'ovaire qui avait été facile à droite a été trouvé très difficile à gauche, et que l'on a dû faire la ligature atrophiante. Le corps fibreux s'est sphacélé et la femme est morte.

En un an, M. Terrillon a fait trois castrations; il a eu un succès incontestable et 2 morts (fibromes et agrandissement de la cavité). Sur 10 hystérectomies pour corps fibreux hémorrhagipares, il ne s'est produit que 2 décès, dont 1 par anémie hémorrhagique antérieure.

Il croit qu'il faut réserver la castration au gigantisme utérin; dans l'hypertrophie utérine avec fibrome, on l'essayera si elle est facile, mais l'hystérectomie abdominale vaut mieux. Cette opération lui paraît beaucoup moins dangereuse que la castration quand il y a une tumeur utérine. Dans l'hystérectomie, on peut laisser une portion de la tumeur dans le pédicule, elle se sphacèle et sort au-dessous de lui. L'ouverture de la cavité utérine a lieu presque toujours quand il y a hypertrophie; elle se bouche par la cicatrisation. En résumé, il faut quand on veut opérer s'assurer par le cathétérisme des dimensions de la cavité. Si elle est augmentée, on peut chercher à faire la castration; dans le cas contraire, l'opération est inutile.

M. Bouilly ne peut laisser dire que les deux opérations sont comparables, car elles répondent à des indications tout à fait différentes. Si l'on doit faire l'hystérectomie abdominale, on n'est guère porté à castrer, les gros fibromes ne donnant plus d'hémorrhagies dans la majorité des cas. La castration s'adresse à un accident des fibromes d'un moins grand développement, de ceux atteignant le niveau de l'ombilic ou restant au-dessous.

Le diagnostic d'utérus gigantesque est difficile. Dans beaucoup de fibromes sous-muqueux ou interstitiels, la cavité utérine est très augmentée, atteint 12, 14 centim. Il y a, alors, simplement hypertrophie utérine par présence de fibromes. M. Monod a vu deux cas d'utérus gigantesque, ils s'accompagnaient d'une lésion inflammatoire des annexes.

Une jeune fille de 19 ans qu'il a soignée souffrait d'hémorrhagies incoercibles. Elle présentait une tumeur fluctuante du côté gauche due à un kyste de l'ovaire, et, de plus, une tumeur médiane énorme et formée par l'utérus. On crut à une grossesse de 4 mois 1/2 à 5 mois; il n'en était rien, et après la castration l'utérus fondit en quelques semaines. Dans un deuxième cas, il y avait, en même temps que deux petits kystes ovariques, une dégénérescence fibreuse de l'utérus, la diminution de ce dernier suivit l'enlèvement des ovaires.

Le diagnostic de l'hypertrophie et du fibrome est difficile et l'agrandissement de la cavité ne suffit pas pour le poser. La persistance de l'hémorrhagie, en dehors des règles, indique mieux un utérus gigantesque.

©BIU Santé

M. Lucas-Championnière croit qu'il est bon de protester contre la publication de documents qui tendent à faire regarder la castration comme très grave. Trois cas ne suffisent pas pour établir des indications. Il a opéré une femme atteinte d'une sorte de polype intra-utérin sans pédicule dont l'énucléation aurait été fort grave; les hémorrhagies se sont arrêtées quatre jours après l'enlèvement des ovaires. Il est probable que M. Polaillon a employé l'hystérectomie dans des cas où lui il aurait enlevé les ovaires. Il ne peut pas comparer les deux opérations au point de vue de la gravité.

M. Terrier proteste contre l'opinion de ceux qui disent que l'hystérectomie abdominale est moins dangereuse que la castration, C'est une opération qui donne 50 p. 100 de morts, et probablement ce chiffre est au-dessous de la vérité. La grande question, quand on veut enlever les ovaires, est de savoir s'ils sont malades ou non. S'ils le sont, l'opération est grave, mais moins encore que l'hystérectomie abdominale. M. Terrier est partisan de l'intervention dans les cas d'utérus gigantesque.

M. Polaillon croit qu'il faut enregistrer tous les faits. Dans les cas dé M. Tillaux et les siens, il y avait des fibromes intolérables qu'il fallait opérer. La statistique courte qu'il a recueillie a donné de bons résultats pour l'hystérectomie.

M. Segond se félicite que la discussion à laquelle sa communication a donné lieu ait mis au jour des documents précieux. La plupart des opinions qu'il a émises ont été partagées par les membres de la Société, bien qu'il se soit produit quelques dissidences. Il est essentiel de limiter la question à l'étude des indications dans les fibromes de petit et de moyen volume, car il y a proscription formelle pour les grosses tumeurs sous-péritonéales et celles qui peuvent être enlevées par la voie vaginale. Il a pratiqué dix fois l'ablation des gros fibromes et a eu 50 p. 100 de morts. Dans ces 10 cas, il n'y a réellement que 6 amputations supra-vaginales types. Dans 3 cas, il réduisit le pédicule et eut 1 guérison et 2 morts; dans 3 cas, il fixa le pédicule en dehors de la plaie et ses 3 opérées guérirent. La castration facile, la seule qu'il ait eue en vue, est certainement moins grave que la grande hystérectomie, si facile que cette dernière puisse être.

La discussion a surtout porté sur trois points : les détails du procédé opératoire; la valeur de l'opération; ses indications générales.

Sur le premier point, on peut noter que la ligature atrophiante peut être très utile. La suture en étage ne peut guère être dite supérieure aux autres, car toutes les parois abdominales ne se ressemblent pas. Quand elles sont très épaisses, on peut la pratiquer, mais il n'y a pas de règle absolue. Personnellement, M. Segond pratique la suture à fils d'argent comprenant la totalité de l'épaisseur de la paroi. Il préconise la suture sèche à l'aide de plaques de tarlatane, fixées à distance des bords de la suture habituelle et réunies par des agrafes de manière à faire une sorte de corset.

Les vertus hémostatique et atrophiante de la castration, dans les fibromes, ne sont pas contestées par la majorité des chirurgiens; elle réussit aussi contre les douleurs. Il ne faut pas la faire quand elle est trop difficile. D'autre part, il est bon de prévenir les familles du genre de l'opération que l'on pratique. On a dit que, dans une grande quantité de cas, on n'enlevait pas tout l'ovaire; cependant, le prolongement en raquette est loin de toujours exister et, de plus, quand un chirurgien affirme qu'il a tout enlevé, on ne peut guère douter de ses affirmations. Une exception, du reste, n'a jamais fait que confirmer une règle, et le cas de M. Monod est une exception.

Les indications opératoires ne peuvent pas toujours être formulées d'une manière précise; il est entendu que les fibromes petits, moyens, à hémorrhagies et à douleurs, sont justiciables de la castration. L'opération peut devenir difficile soit par des déformations qui résultent de l'évolution des fibromes, soit par suite de maladies des ovaires; quand les difficultés sont réelles, la castration n'est plus une opération de choix.

Pour M. Terrillon, quand la cavité est trop ou trop peu dilatée, l'enlèvement des ovaires est dangereux; comme M. Polaillon a des idées un peu différentes, on peut considérer les indications à tirer des dimensions de la cavité comme encore à l'étude. Le cathétérisme utérin, chez les femmes atteintes de tumeurs fibreuses, est quelquefois

très difficile. Souvent, dans des autopsies, M. Segond a vu la muqueuse et le fibrome adhérer et empêcher de passer l'hystéromètre.

On peut admettre, en résumé, que la castration est une opération bonne, encore à l'étude, et que les difficultés opératoires sont le nœud de la question.

— M. Monod présente un malade auquel il a fait l'amputation de la cuisse dans l'épaisseur des condyles, en conservant la rotule.

— M. Tuffier présente trois malades guéris d'une ectopie testiculaire inguinale par la fixation des testicules au fond des bourses (célorrhaphie).

— M. Lebec présente un enfant opéré d'un pied-bot congénital par l'ablation du scaphoïde et de l'astragale, avec ténotomie du tendon d'Achille et du jambier antérieur.

P. C.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 8 juin 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Ladrerie de l'homme. — Spasmes musculaires consécutifs aux lésions articulaires rhumatismales chroniques. — Traitement des diarrhées chroniques par la poudre de talc. — Angine syphilitique précoce.*

M. Millard présente un malade atteint de ladrerie. Cet homme entra à l'hôpital avec une paralysie du membre inférieur droit, consécutive à une attaque épileptiforme. Il était absinthique, ce qui suffirait à expliquer d'une façon satisfaisante les accidents en question. Mais en outre on lui trouva sur plusieurs parties du corps des tumeurs peu volumineuses, arrondies, lisses, de circonstance cartilagineuse. Le malade avait constaté la première à la joue gauche à la fin de 1887. D'autres se montrèrent en d'autres points pendant que la première s'atrophiait, et parmi les nouvelles quelques-unes disparurent ultérieurement pendant qu'il en apparaissait d'autres.

Cet homme avait mangé beaucoup de porc, et il avait été atteint d'un tænia, dont M. Guyot le guérit. Une des tumeurs en voie de suppuration fut enlevée, on la trouva remplie de cysticerques. Ces tumeurs sont quelquefois plus profondes qu'on ne croirait, l'une d'entre elles qui paraissait sous-cutanée était en réalité sous-aponévrotique. Au point de vue de la manière dont cet homme a pris les œufs de tœnia, on peut faire diverses suppositions. Aucune des personnes de son entourage n'a eu le tœnia. A-t-il absorbé les œufs de son propre tænia, dont les fragments seraient remontés dans l'estomac et auraient été dissociés par le suc gastrique? Il dit n'avoir jamais vomi de fragments de tœnia.

On a souvent constaté la coexistence du tænia et des cysticerques chez le même sujet: un cas de M. Troisier cinq fois sur 80 cas de cysticerques de l'œil (de Graëfe), Blanchard, même proportions.

Le malade de M. Millard présentait 42 tumeurs, les unes marchant vers la suppuration, d'autres vers la calcification.

On devait se demander si les accès épileptiformes suivis de monoplégie étaient dus à l'intoxication absinthique ou au développement de tumeurs à cysticerques dans la cavité crânienne. Cependant, les accès épileptiformes ont suivi chaque fois de très près des excès alcooliques, et la rapidité de l'évolution de la paralysie aujourd'hui très diminuée s'accorderait bien avec la production d'un léger épanchement sanguin sous-méningé rapidement résorbé.

M. Millard croit devoir réserver jusqu'à constatation de l'évolution ultérieure son opinion définitive sur l'existence possible de tumeurs intra-crâniennes.

M. Troisier rappelle que les tumeurs à cysticerques peuvent être quelquefois confondues avec des lipômes.

M. Sevestre cite le cas d'une malade qui avait succombé très rapidement avec une céphalalgie très intense et à l'autopsie duquel on trouva dans les méninges de nom-

©BIU Santé

breuses tumeurs à cysticerques. L'une d'elles, ayant suppuré, avait provoqué une méningite purulente. Le diagnostic vrai avait été méconnu.

M. Ducastel croit que l'examen histologique est la seule base du diagnostic.

M. Troisier : La rénitence et l'état lisse des tumeurs doivent permettre d'en soupçonner la nature.

— M. Ballet : Depuis les travaux de M. Charcot, nous savons que le retentissement des affections articulaires sur la moelle peut provoquer tantôt de la contracture musculaire, tantôt de la paralysie amyotrophique. Elles peuvent aussi provoquer du spasme musculaire.

Une femme de 61 ans présentait à chaque moment des accès de spasmes ainsi caractérisés : bras porté en adduction avec rotation en dedans et quelquefois inclinaison en arrière, avant-bras en demi-pronation. Main intacte. Les muscles en état de spasme étaient modérément durs et la malade n'accusait pas la douleur de la crampe. Les jointures des mains présentaient des lésions très accentuées de rhumatisme chronique; on percevait des craquements dans les grandes articulations. La durée du spasme était de deux minutes. Facile à distinguer des secousses de la chorée électrique et du paramyoclonus multiplex, il diffère des convulsions toniques de l'épilepsie jacksonienne par son évolution et ses autres caractères cliniques. C'est un spasme fonctionnel intermittent, spécial, chez une rhumatisante, et il est naturel de chercher une relation entre ce trouble fonctionnel et la maladie coexistante.

M. Ballet connaît un autre fait de nature à justifier cette opinion. Un homme de 48 ans, non nerveux, mais rhumatisant, présente depuis deux ans des spasmes des masséters qui se produisent chaque jour plusieurs fois pendant la parole ou la mastication. Ces spasmes, plus gênants que douloureux, consistent en crises successives de deux minutes pendant lesquelles les mâchoires sont fortement serrées pendant que de petits mouvements de latéralité, causés par la contraction des ptérygoïdiens, s'accompagnent parfois de grincements de dents. Par exception, la contracture se propage aux muscles abaisseurs de la mâchoire. On constate chez ce malade des craquements dans les jointures des membres et dans l'articulation temporo-maxillaire gauche (le spasme est surtout accentué dans le masséter gauche). Le spasme ne peut être attribué ni à un abus fonctionnel des muscles massétérins ni à une susceptibilité nerveuse exagérée; il y a donc lieu d'incriminer seulement le rhumatisme.

A l'appui de ces deux faits, M. Ballet invoque encore le cas d'un des membres de la Société qui, atteint d'arthrite chronique d'une des articulations du tarse, éprouve facilement pendant la marche une contracture du péronier latéral.

Ces faits jettent quelque jour sur la pathogénie des troubles que depuis Duchenne (de Boulogne) on confond sous la dénomination de spasmes fonctionnels : tous proviennent de l'excitabilité anormale d'un centre médullaire, mais la cause de cette excitabilité est variable. C'est tantôt un abus fonctionnel (crampe de l'écrivain), tantôt la susceptibilité excessive du système nerveux général (spasmes hystériques), tantôt l'hyperexcitabilité médullaire mise en jeu par une lésion articulaire chronique.

Dans ce dernier cas, l'indication thérapeutique consiste à traiter le rhumatisme chronique pour faire cesser les spasmes.

— M. Debove a utilisé, pour traiter les diarrhées chroniques rebelles à tout autre moyen, une poudre inerte administrée à haute dose. Il a choisi la poudre de talc, ou silicate de magnésie, parce qu'elle est inattaquable aux sucs digestifs, finement pulvérulente et assez douce. 200 grammes par jour suffisent; on les prend délayés dans du lait, qu'on doit, bien entendu, agiter avant de s'en servir (suivant la formule consacrée). Il en a administré jusqu'à 400 et 600 grammes par jour. Chez des tuberculeux atteints de diarrhée depuis trois à cinq mois, il a obtenu ce résultat de remplacer la diarrhée par une constipation opiniâtre. La diarrhée des tuberculeux étant nécessairement récidivante, puisqu'elle est entretenue par des ulcérations intestinales, il faut continuer la médication à doses modérées. Non seulement le talc arrête la diarrhée, mais il permet l'administration de substances qui, sans cela, ne seraient pas supportées, le lait ou

même l'huile, dont M. Debove a pu, dans certains cas, faire prendre jusqu'à 500 grammes par jour, de façon à alimenter les malades de corps gras. M. Debove n'a essayé sa médication ni dans la diarrhée des pays chauds, ni chez les enfants.

Répondant à des questions de M. Sevestre et de M. Ducastel, M. Debove ajoute que la constipation opiniâtre qui succède à la diarrhée n'a pas d'inconvénients chez les tuberculeux, puisque leurs lésions organiques doivent faire inévitablement reparaître la diarrhée et que, un jour après qu'on a cessé l'administration du talc, les selles ne sont déjà plus blanches. La légèreté spéciale du talc ne lui permet pas de séjourner dans les estomacs dilatés et les moindres contractions le font cheminer.

— M. Ducastel a étudié depuis quelques années l'angine syphilitique précoce, qui, admise par Lasègue, et considérée par lui comme analogue aux angines initiales de la scarlatine et de la variole, a été rejetée par M. Fournier, puis de nouveau décrite par Rollet, celui-ci lui assignant comme caractère principal sa localisation au voile du palais. M. Ducastel a noté, en effet, d'abord l'hypertrophie des glandes du voile du palais, suivie bientôt de la vascularisation et, ultérieurement, de l'inflammation de la muqueuse. Dans les angines des pyrexies infectieuses, l'infiltration de la muqueuse est plus précoce, et la vascularisation beaucoup plus marquée. L'angine syphilitique n'est pas une roséole car la roséole cutanée ne produit ni l'hypertrophie des glandes, ni la vascularisation générale du tégument. — P. L. G.

FORMULAIRE

Coton cocaïné et boraté. — Eller.

Solution de cocaïne à 2 p. 100	30 grammes.
Acide borique	2 —
Glycérine	4 —
Acide phénique	1 gramme.
Coton absorbant	30 grammes.

F. s. a. — Ce coton est employé dans le traitement des brûlures, pour prévenir la douleur et l'inflammation. — N. G.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique des maladies mentales s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 9 juillet 1888, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 1er juillet 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours, de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 34 ans au jour d'ouverture du concours.

— Un concours pour les emplois vacants de chef de clinique obstétricale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 25 juin 1888, à neuf heures du matin. Il sera pourvu à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 17 juin 1888. (Le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures.) Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur. Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine qui n'ont pas plus de 38 ans au jour d'ouverture du concours. Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de médecin ou de chirurgien des hôpitaux, de prosecteur ou d'aide d'anatomie. Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

©BIU Santé

Statistique de l'Institut Pasteur. — Pendant le mois d'avril dernier, 156 personnes ont été traitées à l'Institut Pasteur. Sur ce nombre :

27 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par inoculation du bulbe ou par le développement de la maladie chez les personnes ou des animaux mordus en même temps ;

109 ont été mordues par des animaux dont la rage a été reconnue par des observations vétérinaires ;

20 ont été mordues par des animaux suspects.

Personnes prises de rage dans le cours du traitement. — Parra (Michel), 19 ans, de Sidi-bel-Abbès, département d'Oran, Algérie. Mordu le 18 mars 1888 par un chien. 1° à la joue droite, très forte morsure ayant beaucoup saigné ; 2° à la lèvre supérieure, morsure ayant saigné ; 3° dans l'intérieur de la bouche sur la muqueuse de la lèvre supérieure, une forte morsure qui a beaucoup saigné.

Ces blessures ont été lavées avec un liquide par un sorcier, 12 heures après qu'elles ont été faites.

Le chien mordeur appartenait au patron de Parra. Il a mordu trois chiens et a été reconnu enragé par M. Gouze, vétérinaire à Sidi-bel-Abbès.

Parra a été mis en traitement le 28 mars. Dès le 8 avril un grand changement survient dans l'état de Parra ; il se plaint de mal à la tête, de mal au ventre, il ne mange pas, devient inquiet et dort mal. Il se lève dans la nuit du 12 au 13 avril, il erre dans la maison, heurte aux portes. Le 14 au soir, en montant se coucher, il se livre à des actes délirants. Depuis le 10 mars, il a une hyperesthésie cutanée généralisée. Le 15, il éprouve des fourmillements dans la lèvre mordue, il veut la couper. Le 16, accès de fureur dans la matinée. Dans l'après-midi, il a de l'aérophobie, de l'hydrophobie et une exaltation très vive. Il meurt à l'Hôtel-Dieu dans la nuit du 16 au 17 avril.

Le bulbe de Parra, inoculé par trépanation à des lapins, leur a donné la rage en quatorze jours. (*Bulletin médical*).

Nécrologie. — Bégin (Emile) vient de mourir dans sa 83e année, ayant conservé toutes ses Facultés jusqu'au dernier moment et une rare activité de corps et d'esprit. Né à Metz en 1805, il étudia à la Faculté de Strasbourg où il se fit recevoir docteur en 1828 et il appartint pendant neuf ans au corps de la médecine militaire, qu'il quitta pour devenir publiciste, et il écrivit dans le *National*, à côté d'Armand Carrel. En 1832, il quitta la presse pour l'histoire et la littérature. Sous l'Empire, il fut attaché à la Commission chargée de publier la correspondance de Napoléon Ier. Il fut attaché au ministère de l'Intérieur et devint bibliothécaire du Louvre en 1870. Après l'incendie de la Commune et la destruction de cette bibliothèque, il fut attaché au même titre à la Bibliothèque Nationale, et fut mis à la retraite en 1888.

Bégin a beaucoup écrit : nous ne signalerons que les travaux qui touchent à la médecine et parmi ceux-là nous citerons les suivants : *Lettres sur l'histoire médicale du Nord-Est de la France* (1840) ; — *Ambroise Paré*, dont une grande partie a paru dans la *France médicale*. Bégin possédait de nombreux documents sur ce chirurgien et il est à souhaiter que ces documents ne soient pas perdus.

Bégin était chevalier de la Légion d'honneur depuis 1871.

A VENDRE, à des conditions exceptionnelles, une grande bibliothèque en bois noir, presque neuve, ayant 4 mètres de long sur 2 mètres 50 de hauteur. — S'adresser au bureau du journal.

QUINIUM-ROY *granulé*, extrait normal de quinquina soluble, tonique, fébrifuge.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. J. GIRODE : Deux cas de gangrène sèche à la suite de traumatisme. — II. INTÉRÊTS PROFESSIONNELS : Du droit pour le médecin de campagne d'exercer la pharmacie. — III. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — IV. VARIÉTÉS. — V. FORMULAIRE. — VI. COURRIER. — VII. ANALYSE du Lait d'Arcy.

Deux cas de gangrène sèche à la suite de traumatisme,

Par J. GIRODE, interne, médaille d'or des hôpitaux.

Nous évitons de décrire ces faits avec l'étiquette de *gangrène traumatique* (Larrey). En effet, comme l'avait dit M. Raynaud (art. GANGRÈNE, *Dict. Jac.*), et comme l'a rappelé M. Terrier (*Path. chir.*, vol. I), l'histoire de la gangrène traumatique est faite d'éléments très dissemblables. La difficulté de les grouper est encore accrue de par la conception moderne de la gangrène vraie avec putréfaction, et par la notion du rôle qu'y jouent les micro-organismes. Car on peut observer, à la suite de traumatismes, des faits de gangrène sans fermentation septique, de simple nécrobiose, et, dans la réalité, l'expression de gangrène traumatique semble éveiller bien plus l'idée, au moins en clinique, des cas à emphysème spontané, à érysipèle bronzé, etc.

Quoi qu'il en soit, nous rapportons ces deux exemples de gangrène sèche que nous avons observés dans le service de notre cher maître, M. Périer; ils nous ont paru tenir une place intéressante, par leur mécanisme, dans l'étude générale de la gangrène compliquant les fractures. (Voy. G. Nepveu, th. doct., 1870.)

OBSERVATION Ire. — *Ecrasement du bras par roue de voiture. — Fracture compliquée et esquilleuse de l'humérus. — Delirium tremens. — Gangrène sèche au-dessous du foyer traumatique. — Artérite oblitérante de l'humérale, et de l'humérale profonde déchirée.* — P... (Dominique), 42 ans, fondeur, Lorrain d'origine, entre le 1er avril 1885 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broca, lit n° 16, service de M. Périer.

Deux heures avant d'être admis à l'hôpital, le malade, légèrement pris de boisson, est renversé par un camion vide; la roue de derrière lui passe sur le bras droit, vers l'union du tiers supérieur et du tiers moyen. On l'apporte presque aussitôt à l'hôpital.

État actuel. — Prostration rappelant les phénomènes du choc traumatique. Quelques plaintes. Extrémités froides. Pouls petit, 116. Temp. rect., 36°5. — Le bras droit pend immobile le long du corps, abandonné, donnant dès qu'on l'explore la sensation d'une crépitation nombreuse, se rapportant à un fracas osseux de la partie moyenne de l'humérus. Fracture esquilleuse et compliquée. Petite plaie en arrière du bras, presque linéaire, large à peine comme la moitié d'une pièce de 0,50 centimes dans son grand diamètre, donnant beaucoup de sang noir en filet continu. Tuméfaction assez considérable de la région. La main du côté correspondant est particulièrement froide; les doigts sont fortement fléchis, comme enroulés et contracturés. Le pouls radial droit est à peine sensible.

Quelques heures après l'entrée, le blessé sort de sa torpeur. Encore du vague cérébral et réponses traînantes. La main droite semble encore plus froide; elle est insensible au chatouillement et à la piqûre. Miction spontanée d'urine normale.

©BIU Santé

Lavage du foyer au chlorure de zinc. Pansement antiseptique. Gouttière. Todd et acétate d'ammoniaque.

Le 2 avril. — Temp. 37°6. Le suintement sanguin a été considérable dans la nuit, mais il est arrêté au moment où M. Périer visite le foyer traumatique. Nouveau lavage et gouttière plâtrée moulée par-dessus le pansement antiseptique.

Le 3. — Temp. 38°. Malade bien éveillé. Un peu de pesanteur de tête. Le refroidissement et l'anesthésie persistent dans l'extrémité du membre blessé; l'anesthésie est diffuse, sans territoires précis.

Le 4. — Temp. 38°4 et 38°8. A part la température, l'état est satisfaisant; le malade lit son journal au moment de la visite. Il reparaît un certain degré de sensibilité dans les doigts, et le pouls radial se sent mieux; cependant, une hypothermie notable persiste, par comparaison avec le côté opposé. Calme du côté du foyer traumatique.

Le soir, un peu de céphalalgie. Yeux hagards. Insomnie.

Le 5. — Attaque de *delirium tremens* brusquement développée. Dès la fin de la nuit, agitation considérable; l'interne de garde est appelé et prescrit du chloral.

Au matin, agitation considérable, facies bouleversé, sueurs. Le malade déplace son bras fracturé, défait le pansement, et dérange la fracture; le suintement sanguin reprend. Il s'est produit un emphysème qui occupe le bras jusqu'à la racine et le moignon de l'épaule. Le membre est très refroidi jusqu'au coude. Temp. 39° et 39°6. On discute l'amputation; elle est rejetée à cause de la difficulté d'assigner aux désordres locaux une limite précise, et en raison de la gravité de l'état général. — Chloral à haute dose. Le soir, un peu d'accalmie et assoupissement.

Le 6. — Temp. 39° et 38°. Agitation faible. Le bras a saigné beaucoup. Gonflement plus considérable par épanchement sanguin plus que par emphysème.

Il s'est développé une ecchymose lombaire étendue.

Le 7. — Temp. 38° et 39°6. Vomissements. Diarrhée. Calme notable. Il semble revenir un peu de chaleur à la main droite. On diminue le chloral.

Le 8. — Temp. 39°4 et 39°. Loquacité. Quelques réponses sensées. Pas de réaction au pincement ou à la piqûre de la main.

Le 9. — Temp. 39°6 et 39°8. Délire de parole, chant, vociférations. Rétention d'urine. Diarrhée. Membre très tuméfié même au-dessous du coude. En plusieurs points du bras et de l'avant-bras, grandes taches violacées, irrégulièrement distribuées, insensibles, présentant par endroits un soulèvement phlycténulaire avec derme grisâtre au-dessous. Température des parties à peu près normale jusqu'au milieu de l'avant-bras, très basse au-dessous. La piqûre profonde d'une pulpe digitale ne donne pas de sang. Même fracas osseux au bras; la racine du membre a meilleur aspect.

Le 10. — Temp. 39° et 39°2. Loquacité; le malade ne jure que par demi-setiers, absinthe. Le membre blessé est complètement immobile; l'autre main cherche à défaire le pansement. Teint pâle. Yeux cernés et excavés. Vomissements. Diarrhée. Rétention d'urine. Amaigrissement.

Le 11. — Temp. 37°8 et 39°. Le bas de l'avant-bras et la main droite sont très diminués de volume. Peau sèche, ridée, désagréable au toucher. Eschare sacrée.

Le 12. — Temp. 38°8 et 38°2.

Le 13. — Temp. 38°6 et 39°5. Sur le dos de l'avant-bras, à deux travers de doigt au-dessus de l'interligne radio-carpien, tache noir violacé, large comme une pièce de cinq francs, sèche, rugueuse, insensible, ne donnant pas de sang à la piqûre, entourée d'un liséré pâle de 1/2 centimètre. Au voisinage, la peau a des caractères presque normaux. Une zone sphacélique sèche en bande sur le dos du métacarpe, une autre comprenant tout l'hypothénar qui se raccornit, se déprime et sonne sec sous le stylet, plusieurs analogues disséminées en avant du coude, à son côté interne et au bras même. Ongles du pouce et de l'index tout à fait noirs, les autres avec une teinte légèrement cyanique. La température des parties en voie de nécrose est difficile à apprécier; mais, dans son ensemble, le membre est moins froid. Pas de pouls radial. Au foyer initial, état stationnaire, pas de complication, pas de tendance phlegmoneuse. Emphysème disparu. Même caractère du délire par instants; d'ailleurs le malade boit volontiers et prend même des potages, il accuse des crampes douloureuses dans le membre blessé.

Le 14. — Temp. 39° et 39°4. Idées plus nettes. Pas de crampes, pas de douleurs. Les foyers de gangrène sèche s'accusent davantage au petit doigt, au pouce, à l'éminence thénar, aux pulpes digitales moins le médius et l'annulaire. Plus haut, les eschares s'agrandissent; en dedans de l'avant-bras, l'une d'elles dessine un sillon d'élimination. Evacuations involontaires. Eschare sacrée agrandie. Sueurs profuses. Teint blème. prostration.

Le 15. — Temp. 39°2 et 38°4. Respiration embarrassée. Etat demi-comateux. Pouls petit, 124. Mort dans la soirée.

Autopsie le 18. — La plaie des téguments communique avec le foyer traumatique par un trajet très détourné. La dissection de ce foyer démontre les lésions suivantes : fracture de l'humérus un peu au-dessous du milieu, presque transversale, peu dentelée, avec une esquille mobile de 2 centimètres de long sur 1 de large. Les fragments sont mobiles, libres dans une cavité qui dépasse en étendue le tiers moyen du bras, cavité formée par un décollement des parties molles et du périoste, dont il ne reste que quelques lambeaux flottants, et remplie par des caillots fragmentés en voie de décoloration. De là, le sang a fusé au loin dans les interstices, surtout en bas, où l'infiltration sanguine entoure l'articulation du coude, et forme plus particulièrement une gaine au nerf cubital. Les muscles sont mâchés, infiltrés de sang, très ramollis. Pas de tendance à la réparation, pas de signes spéciaux d'inflammation suppurative locale, pas de putréfaction plus avancée que pour le reste du sujet.

L'artère humérale est complètement oblitérée dans une étendue d'au moins 12 centimètres par un caillot adhérent, faiblement décoloré. En haut, le caillot remonte à environ deux travers de doigt au-dessus du niveau de la fracture et finit par une limite nette vers l'origine d'une collatérale; en bas, il devient incomplet et filiforme vers la bifurcation de l'artère.

L'humérale profonde est oblitérée d'une manière analogue au-dessus du foyer; en y pénétrant, on constate qu'elle est interrompue et finit par un bout mâché, simplement relié au bas du foyer par quelques débr s filamenteux. Le vaisseau a été manifestement ouvert dans le foyer.

Les veines sont vides au-dessous du coude; au niveau du foyer, caillots adhérents en quelques points.

Le nerf médian est écrasé, aplati dans une étendue de 6 centimètres au niveau de la fracture, noir par infiltration sanguine, englobé dans un tissu cellulaire épaissi et ecchymosé. Le nerf radial présente une altération analogue, mais moins intense.

Les parties en escharification présentent à l'incision l'aspect ordinaire de la gangrène sèche. Rien du côté des articulations.

Poumons très fortement congestionnés en arrière. Cœur peu volumineux et flasque. Foie un peu hypertrophié, pâle et graisseux.

Reins un peu consistants, décortication imparfaite. Substance corticale très mince et brunâtre.

Obs. II. — *Ecrasement de la jambe gauche avec fracture compliquée et comminutive. — Fracture directe de la cuisse droite. — Gangrène septique à gauche. — Gangrène sèche des deux extrémités. — Artérite oblitérante poplitée gauche et fémoro-poplitée droite.* — M. Pierre, 82 ans, entre le 9 novembre 1885 à l'hôpital Saint-Antoine, salle Broca, lit n° 35, service de M. Périer.

Le malade vient d'être renversé par un omnibus, dont les roues lui ont broyé les deux membres inférieurs.

Etat actuel. — Apparence d'une sénilité très avancée; vieillard usé. Etat de collapsus. Perte de connaissance complète. Hypothermie. Tem. axil. 35°8.

Jambe gauche broyée au tiers supérieur. Large plaie suivant la direction des péroniers latéraux, de 15 centim. sur 6, à fond mâché; suintement modéré de sang noir, la perte de sang a été plus sérieuse immédiatement après l'accident. Les os de la jambe sont brisés comminutivement; le segment inférieur du membre est déplacé en arrière, le supérieur tend les téguments en avant. Concavité antéro-interne de la jambe. Crépitation nombreuse.

©BIU Santé

Fracture sus-condylienne du fémur droit, sans plaie. Jambe en rotation externe complète. Les deux fragments forment un angle saillant en dedans. Gonflement modéré.

Les deux membres sont froids. La crurale bat au pli de l'aine, également des deux côtés; il est impossible de sentir la pédieuse. Injections d'éther. Linges chauds. Scultet à droite. Désinfection de la plaie gauche; pansement de Lister et Scultet.

Le soir, le malade se réveille un peu, la température centrale remonte, 37°.

Dans la nuit, délire, agitation; le blessé défait complètement ses appareils et son pansement.

Le 10. — Temp. 37°8. Les parties sont dans le même état de désordre qu'après l'accident. La plaie a saigné beaucoup; teinte d'érysipèle bronzé à son pourtour; gaz dans le foyer traumatique. Pieds très froids, sensation glaciale. Teinte normale à droite, violacée à gauche par plaques sèches, insensibles, en imminence de sphacèle. Contre-ouverture antéro-interne sur le tibia gauche, sang et gaz putrides. Injection au chlorure de zinc à 8 p. 100. Même pansement que la veille.

Collapsus disparu. Idées vagues, regard étrange. Délire léger, agitation des mains.

Langue et gorge sèches. Déglutition difficile. Constipation. Rétention d'urine; la sonde ramène une petite quantité d'urine claire normale. Respiration un peu embarrassé, tendance à l'engouement bronchique. Cornées ternes, suppuration des points lacrymaux.

Dans la soirée, un peu plus de lucidité. Quelques réponses nettes. Le malade peut donner son adresse, mais se trompe sur son âge et ne peut dire son nom.

Le 11. — Temp. 38°6. De nouveau, état de dépression, adynamie, immobilité. Pas de parole. Incontinence des urines. Constipation. Le malade ne peut rien avaler. Fuliginosités de la bouche. Les fémorales battent normalement et la température est bonne à la cuisse. Les foyers traumatiques ne semblent rien présenter de particulièrement anormal, l'emphysème traumatique gauche est arrêté. Mais, au-dessous, refroidissement extrême et apparition aux deux pieds, aux orteils et au dos du métatarse de plaques violacées, déprimées, sèches, racornies, caractéristiques de la gangrène sèche.

Le 12. — Temp. 36°. Refroidissement général. Râle trachéal. Immobilité. Sueurs froides agoniques. Les plaques de gangrène sèche sont encore mieux caractérisées et plus étendues.

Mort dans la soirée.

Autopsie le 16. — Quoique le foyer traumatique gauche ne présente plus de gaz, aspect gris sanieux, coloration noirâtre de la peau. Grande quantité de graisse coagulée dans le foyer. La moelle des extrémités fracturées est grise, très molle, bourgeonnante. Le tibia présente deux traits de fracture irréguliers, esquilleux; pas de pénétration articulaire. Le péroné est broyé et son tiers supérieur réduit en poussière osseuse. Décollement considérable des parties molles, clapiers irréguliers étendus du creux poplité au talon. Deux artérioles de la poplitée ont été rompues dans le foyer principal. La synovie de l'articulation du genou est un peu sanguinolente, sans épanchement sanguin vrai.

L'artère poplitée gauche est oblitérée dans toute son étendue par un caillot adhérent cylindrique rouge rosé qui remonte jusqu'à l'anneau du troisième adducteur. Un caillot noir remplit la veine. La fémorale est vide et normale. Pas d'athérome. De même pour les artères au-dessous du foyer traumatique.

Le fémur droit est fracturé un peu au-dessus des condyles. Trait oblique en bas et en arrière, empiétant sur les condyles et approchant de l'article, mais sans l'atteindre. Chevauchement. Décollements étendus.

L'artère poplitée droite et le tiers inférieur de la fémorale sont oblitérés par un caillot adhérent et consistant, d'un rouge rosé. Au-dessus et au-dessous, artères normales béantes, sans athérome.

Des deux côtés, les branches du nerf sciatique étaient englobés dans l'infiltration sanguine, sans paraître particulièrement lésées.

Les autres organes présentent les lésions habituelles de la sénilité, mais beaucoup moins avancées que ne le faisait prévoir l'aspect extérieur du blessé; traces d'endocar-

© BIU Santé

dite chronique et faibles plaques d'athérome à l'origine de l'aorte. Congestion aux deux poumons à la base.

Examen histologique. — Nous avons réuni dans une description commune, à cause de leur ressemblance frappante, les renseignements fournis par l'étude histologique des artères lésées et oblitérées : deux ordres d'altérations, mécaniques et irritatives. Parmi les premières, on note surtout les deux faits suivants : 1° une déchirure incomplète portant sur la tunique interne et les parties voisines de la tunique moyenne; entre les lèvres de cette solution, un caillot qui se continue avec le thrombus et avec l'infiltration sanguine pariétale; 2° des extravasats globulaires qui occupent plus spécialement la tunique externe, formant des nappes minces, ou des épanchements limités arrondis.

Les lésions irritatives occupent les deux tuniques internes. La face libre de l'endartère est inégale, mamelonnée, émettant des saillies qui pénètrent le thrombus et semblent le segmenter. Cette tunique interne est d'une épaisseur très inégale suivant les points (de 1 à 10). Les parties saillantes sont formées par une agglomération de cellules embryonnaires, sortes de bourgeons charnus. Ces agrégats cellulaires sont encore plus développés dans la tunique moyenne, où ils simulent des abcès miliaires.

Un point de la poplitée droite (obs. II) a sa paroi disséquée, en pleine tunique moyenne, par une gaine hémorrhagique étendue (sorte d'anévrysme disséquant).

Les caillots artériels se présentent sous l'aspect ordinaire aux caillots mixtes en désintégration. Le caillot qui oblitère la fémorale droite semble formé de deux demi-cylindres, constitués l'un par un caillot fibrineux pur, l'autre par une coagulation mixte.

L'autopsie ayant dû être fort retardée dans les deux cas, les nerfs se présentaient dans des conditions défavorables pour l'examen. Aussi les fragments fixés par l'acide osmique n'offraient-ils, comme altération nettement constatable, que l'infiltration sanguine de la gaine lamelleuse jusque dans les petits faisceaux. On ne pouvait apprécier nettement l'existence ou non d'une dégénérescence des portions périphériques.

Les faits précédents se passent de longs commentaires. Une roue de voiture écrase un membre, fracture les os, froisse ou déchire les artères, qui s'enflamment, s'oblitèrent et amènent l'anémie et la mortification des parties au-dessous : tout cela est conforme à l'histoire générale des fractures directes, d'une part, de l'artérite oblitérante, d'autre part. La défectuosité de circulation née, dans le premier cas, d'un état d'alcoolisme prononcé (traduit par l'attaque de *delirium tremens*); dans le deuxième cas, de la sénilité, a pu jouer un rôle adjuvant, comme aussi la distension locale et l'étranglement des tissus causés par une rupture d'artère et une hémorrhagie en plein foyer. Mais, en somme, c'est dans la contusion de l'artère même que semble bien siéger la cause fondamentale de l'arrêt circulatoire.

L'aspect anatomo-clinique de ces faits légitime notre remarque du début. Dans les deux cas se montraient séparément la gangrène septique ébauchée (obs. I) ou plus intense (obs. II) par inoculation directe du foyer traumatique, et la nécrobiose ou gangrène sèche non septique, identique, dans les deux observations, par son mécanisme, son aspect, sa signification.

Il y a ici plus qu'un intérêt anatomique, c'est une erreur de pronostic à évi-

©BIU Santé

ter. Si bien armée que soit la chirurgie antiseptique, en matière de fractures directes compliquées, pour prévenir ou combattre la gangrène septique de cause externe (voy. th. de doct. R. Largeau, 1885), il faut se rappeler qu'on peut avoir à compter avec des faits de gangrène moins bruyants, mais en définitive non moins sérieux (car on complète aisément ces évolutions cliniques, prématurément interrompues, conformément à l'histoire classique de la gangrène par artérite).

INTÉRÊTS PROFESSIONNELS

DU DROIT POUR LE MÉDECIN DE CAMPAGNE D'EXERCER LA PHARMACIE (1)

Par le docteur L. Michalski, de Charny (Yonne),

Médecin de la Cie P.-L.-M.

II

Le pharmacien seul se trouverait lésé par la liberté trop grande accordée au médecin pour la délivrance des médicaments. Comme il serait injuste de ne pas tenir compte d'intérêts aussi légitimes, il nous reste à examiner par quelles dispositions la loi pourrait, dans une certaine mesure, concilier des exigences contraires.

Nous pensions le problème résolu; opinion que bon nombre de nos confrères ont partagée et partagent sans doute encore. Nous avions cru qu'à l'avenir, tout médecin visitant un malade résidant à 4 kilomètres de toute officine, pourrait lui délivrer les médicaments nécessaires. Pour l'exercice de ce droit, l'éloignement plus ou moins grand du malade semblait devoir être la seule condition discutable.

Cet espoir reposait sur l'article 9 du projet Lunier adopté dès 1884 par l'Association générale des médecins de France, et que nous devons reproduire ici pour l'opposer à l'article 14 du projet officiel dont les termes nous ont paru susceptibles de tout remettre en question.

Projet de loi adopté par l'Association générale des médecins de France.

Art. 9. — « En cas de péril urgent et aussi dans tous les cas où il n'y a pas de pharmacien ayant officine ouverte *à une distance de 4 kilomètres du domicile du malade*, les médecins peuvent fournir des médicament à leurs clients, mais sans avoir le droit de tenir officine ouverte. »

Comme on le voit, notre espérance était légitimement fondée. Plus tard, certains commentaires venaient entretenir notre confiance. Nous lisions, en effet, dans l'*Union médicale*, au mois de janvier 1887 : « L'article 14 autorise toutefois les médecins à délivrer des médicaments à leurs malades dans les localités distantes de 4 kilomètres de toute officine. » (9 janvier 1887, p. 53, Ch. E.). Puis, dans la séance du 18 avril 1887 de l'Assemblée générale des médecins de France, M. Riant ne faisait-il pas remarquer que les termes de l'article 14 étaient les mêmes que ceux du projet Lunier de 1884? (*Annuaire* de 1887, p. 118.)

Or, un examen plus attentif nous a montré que non seulement cette similitude de termes n'existe pas, mais que de leur dissemblance peut résulter une signification différente de la loi. Le sens de l'article 14 du projet actuel nous paraît pour le moins douteux; les termes n'en sont pas suffisamment clairs et précis pour éviter toute ambiguïté. Quelle est donc la teneur du paragraphe qui nous occupe particulièrement?

Projet de loi présenté au Parlement.

Art. 14. — « Toutefois, tout docteur en médecine ou officier de santé *exerçant dans des*

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

localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance de 4 kilomètres, peut tenir des médicaments pour l'usage exclusif de ses malades, etc., etc. »

La différence des deux textes rapprochés l'un de l'autre apparaît tout de suite. Dans le projet Lunier, il est clairement dit que c'est le domicile du malade qui doit être distant de 4 kilomètres de toute officine ; dans le projet présenté au Parlement, ne peut-on comprendre, au contraire, qu'il s'agit du domicile du médecin?

La portée de l'article 14 dépend évidemment du sens qui faut attribuer au mot « exerçant » dans une localité. Littéralement, et d'une manière absolue, exercer signifie : se livrer à la pratique de sa profession. Mais, dans le langage juridique et même usuel dire qu'on exerce quelque part, cela n'implique-t-il pas en même temps l'idée qu'on a là sa résidence habituelle?

Quelle serait, sur ce point, l'opinion des juges? Nous l'ignorons. Nous inclinons toutefois à penser que la seconde interprétation aurait chance de prévaloir, comme étant conforme à la jurisprudence établie, « attendu que ce n'est pas le domicile du malade qui donne lieu à l'exception, que c'est au contraire le domicile du médecin », ainsi qu'il a été jugé autrefois par la Cour d'Orléans. (Briant et Chaudé : *Manuel complet de médecine légale,* 1869, p. 962.)

Quoi qu'il soit, les deux interprétations pouvant se justifier, pas n'est besoin d'insister pour montrer combien il serait fâcheux de laisser subsister dans la loi un terme sujet à controverse. La nécessité d'un texte plus précis s'impose, et, si nous n'arrivions qu'à faire cesser toute ambiguïté, nous estimerions ne pas avoir perdu notre peine.

Quelle que soit d'ailleurs l'hypothèse admise, les modifications à apporter dans la rédaction du paragraphe sont des plus simples.

Que si le législateur veut limiter le droit de fournir des médicaments aux seuls praticiens éloignés de toute officine, la loi devra s'exprimer comme dans l'ancien article 27 de germinal. Toute incertitude cessera avec le texte suivant :

« Tout docteur en médecine ou officier de santé résidant dans des localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien, etc., etc. »

Mais si, comme nous le souhaitons après en avoir démontré l'utilité, la loi nouvelle doit étendre le droit de fournir des médicaments à tout médecin ayant une clientèle rurale, le législateur fera clairement connaître sa volonté en disant :

« Tout docteur en médecine ou officier de santé qui visite des malades résidant dans des localités où il n'y a pas d'officine de pharmacien à une distance de 4 kilomètres, etc., etc. »

Cette seconde solution est celle qui nous semblait acquise, comme donnant satisfaction aux légitimes intérêts des populations rurales et des médecins de campagne sans porter une atteinte sérieuse aux droits du pharmacien. En dehors d'un rayon de 4 ou 5 kilomètres, ce dernier peut-il attendre de la loi une protection efficace? Et, s'il était besoin d'un dernier argument, ne sait-on pas qu'ainsi conçue, la loi ne ferait que consacrer un état de choses existant déjà, mais illégalement. Qui donc ignore que, dans la plupart de nos villages, communautés religieuses et instituteurs laïques se disputent la vente des médicaments, tiennent souvent officine ouverte, et cela parfois sous le couvert d'un pharmacien complaisant. Et le médecin serait seul à ne pouvoir fournir des remèdes à ses malades, lui que ses études rendent plus particulièrement apte à l'exercice de la pharmacie? Comme nous l'avons dit en commençant, pour vivre, le médecin de campagne est contraint de violer la loi.

Nous avons, pensons-nous, présenté la question sous son véritable jour; et, comme nous n'avons pas pris la plume pour le seul plaisir d'argumenter platoniquement sur un projet de loi, nous conclurons en faisant appel au Conseil général de l'Association des médecins de France et à la presse médicale. Que nos réflexions suscitent un nouvel examen; puis, s'il y a lieu, que, sous les auspices des hommes éminents qui président à nos destinées et défendent nos intérêts professionnels, un vaste pétitionnement soit rapidement organisé, afin que nos observations arrivent en temps opportun à la connaissance de nos législateurs. Ainsi, nous éviterons qu'on puisse nous opposer plus tard cet aphorisme avec lequel on cherche à nous consoler trop souvent : « *Dura lex, sed lex.* »

©BIU Santé

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Un mémoire de M. le docteur Hublé sur les vaccinations et revaccinations pratiquées en 1887 à Lalla-Marnia (Oran). L'auteur y a joint des considérations sur les résultats comparatifs du vaccin humain et du vaccin de génisse conservé;

2° Un mémoire de M. Darolles (de Provins), sur les affections épidémiques qui ont sévi dans l'arrondissement de Provins en 1887;

3° Des études sur la vaccination de M. le docteur Lédé;

4° Un mémoire sur l'orchite infectieuse primitive, par le docteur M. Hublé;

5° Les rapports faits en 1887-88 sur le plâtrage des vins, par le syndicat général du commerce en gros des liquides en France;

6° Un travail sur les vaccinations pratiquées à Tartras (Landes), par Mme Castets, sage-femme de 1re classe.

— M. le docteur Damaschino est élu membre titulaire dans la section de pathologie médicale par 55 voix sur 74 votants. M. Cadet de Gassicourt a obtenu 17 voix et M. Dieulafoy, 2.

— M. Prunier lit un rapport au nom de la commission chargée de répondre à une lettre de M. le président du Conseil des ministres, demandant quelle interprétation il convient de donner aux termes de « remèdes officinaux » et « remèdes magistraux ».

Voici les conclusions de ce rapport :

1° Ne doivent être regardés comme officinaux que les médicaments de conservation facile, dont le Codex a enregistré la formule et le mode de préparation pour les médicaments galéniques; ou bien les caractères, purifications et essais pour les médicaments chimiques;

2° Il ne s'ensuit pas néanmoins que tous les médicaments qui figurent au Codex soient nécessairement officinaux.

Les loochs, potions, tisanes, juleps, etc., sont de nature essentiellement magistrale, de même que les mélanges prescrits par les médecins, lors même qu'ils se composent uniquement de médicaments officinaux. Par le seul fait du mélange, ils rentrent dans la catégorie des remèdes magistraux.

— M. Bergeron lit, au nom de M. Arloing, des remarques au sujet d'une communication de M. Widal, sur la septicémie puerpérale.

L'auteur est arrivé à des conclusions semblables à celles de M. Widal sur la nature des formes de l'affection et sur la morphologie du microbe producteur de cette redoutable complication des accouchements. Il a montré la possibilité de cultiver en série continue l'agent virulent de la septicémie puerpérale, sans lui faire perdre son activité, et a décrit l'influence du vide, d'une atmosphère d'air, d'oxygène et d'acide carbonique, etc. Pour lui, on peut, à volonté, chez le lapin, provoquer l'une ou l'autre des formes morbides, dont le tableau correspond à celui des formes que l'on observe chez la femme.

Il croit donc pouvoir affirmer : 1° que les différentes formes de la septicémie puerpérale reconnaissent, comme l'admettait M. Chauveau, un seul agent qui, suivant son activité, produit l'une ou l'autre; 2° que, s'il est démontré que ce micro-organisme est unique, il n'est pas prouvé qu'il soit spécial à l'état puerpéral; seulement, la puerpéralité réalise des conditions favorables à son introduction et à son évolution dans l'organisme humain.

Les idées de M. Widal ont été soutenues à Lyon depuis plus de quatre ans. Ces formes ont été attribuées à l'activité plus ou moins grande du *micrococcus septicus puerperalis*, activité qui change suivant les conditions où a végété le micro-organisme.

Quant à l'analogie que M. Widal admet entre le streptocoque de l'infection puerpérale,

© BIU Santé

celui de l'érysipèle et de la suppuration, M. Arloing l'avait entrevue après M. Chauveau et en même temps que M. Frænckel en 1884, comme l'atteste le dernier passage de sa note à l'Académie des sciences.

M. A. Guérin regarde le diagnostic des maladies comme trop précis pour que l'on conserve l'expression de fièvre puerpérale, qui n'est pas moins étrange que le serait celle de fièvre pulmonaire pour désigner l'ensemble des inflammations des organes thoraciques.

On ne peut se contenter de cette appellation pour désigner tous les accidents des suites de couches. La distinction de ces accidents offre sans doute des difficultés ; mais, avec un peu d'attention, il n'est pas impossible d'apporter dans ce diagnostic une précision égale à celle que nos maîtres nous ont apprise pour la plupart des maladies.

Il veut seulement parler de l'infection purulente, de l'infection putride et de la péritonite généralisée.

De tous les accidents post-puerpéraux, l'infection purulente était le plus commun avant l'antisepsie. Elle ne diffère en rien de ce qu'elle est à la suite d'une amputation. Les symptômes et les lésions sont les mêmes. Dans les cas de mort rapide, on peut n'observer dans le foie et dans les poumons que des infarctus, qui ont fait croire à Virchow que l'infection purulente résulte d'une thrombose. Les cas dans lesquels on n'a pas trouvé de pus doivent avoir été observés quand la mort est extrêmement rapide. La mort est d'autant plus prompte que le milieu ambiant est plus infecté. Les précautions antiseptiques empêcheront les empoisonnements foudroyants.

Quand une salle d'hôpital a été mise à neuf, les premiers cas d'infection purulente sont peu rapides, beaucoup moins que quand il y a eu des blessés morts de septicémie.

Il ne faut pas confondre les cas exceptionnels d'infection purulente où l'on n'a pas trouvé de pus avec l'infection putride, qui est une variété de septicémie essentiellement différente, se traduisant par une fièvre lente, rappelant la fièvre hectique et ne s'arrêtant jamais.

L'infection putride tue souvent et guérit quelquefois.

M. Guérin ne sait si les micrographes peuvent établir d'une manière certaine des différences autres que l'existence ou la non-existence du pus entre les deux formes de la septicémie; cliniquement on distingue les conditions dans lequelles elles se produisent.

Sans plaie, point d'infection purulente. La plaie, au contraire, ne joue qu'un rôle secondaire dans l'infection putride qui se produit à la surface d'une plaie profonde où le pus séjourne et se corrompt. L'empoisonnement se fait par une membrane pyogénique ancienne.

Après l'accouchement, l'infection purulente se produit avant que la plaie placentaire soit entièrement fermée, l'infection purulente prend naissance quand les produits de sécrétion stagnent dans la cavité utérine.

La péritonite puerpérale est l'accident le plus difficile à expliquer. L'infection purulente résulte de l'action des microbes qui pénètrent avec le sang dans nos viscères, et on comprend qu'ils y produisent du pus; mais comment arrivent-ils à en produire dans les séreuses, dans le péritoine? Probablement par l'intermédiaire de tous les viscères abdominaux qui sont recouverts par un feuillet de la membrane. Ceci est expliqué par ce fait que les radicules artérielles se continuent avec les réseaux lymphatiques.

M. Guérin ne peut admettre avec M. Hervieux que l'infection purulente se transmette par la voie respiratoire. La maladie est aussi contagieuse par l'air que par le contact, mais ne peut infecter un individu sain par la voie pulmonaire. Les microbes sont brûlés par les cellules pulmonaires au moment du travail chimique de la respiration.

Il n'est pas douteux que les agents de la fièvre puerpérale soient les mêmes que ceux qui produisent l'érysipèle. Quand l'agent commun pénètre dans les voies lymphatiques, il donne de l'érysipèle ; il produit l'infection purulente quand il entre dans les veines. Dans le premier cas, il n'infecte pas l'économie tout entière parce qu'il est retenu par les ganglions.

Pour se résumer, M. Guérin admet donc qu'il est toujours possible de distinguer entre

©BIU Santé

eux les différents agents qui ont été compris sous le nom générique de fièvre puerpérale, à l'époque où l'infection purulente et l'infection putride étaient moins bien connues; que l'infection purulente ne se transmet pas par la voie respiratoire, et qu'enfin l'infection purulente et l'érysipèle ont la même origine, et que, si leurs symptômes sont différents, c'est que les microbes qui les engendrent entrent dans l'organisme par des voies différentes.

— M. Lancereaux présente un jeune homme de 21 ans, ancien marin, né à la Guadeloupe et admis dans son service depuis quelques jours. Il se plaint de rendre des urines blanchâtres et a déjà présenté cette affection il y a deux ans; elle a alors guéri spontanément. Actuellement, les urines sont chyleuses et contiennent du sang; quelquefois on trouve des globules rouges dans des caillots fibrineux. Il présente de plus dans les aines des tuméfactions ganglionnaires assez étendues et un peu molles. En dehors de ces phénomènes, on ne peut guère signaler qu'une très légère anémie. On pouvait penser à la *distomia hematobia* et à la *filaria sanguinis*. Ce second parasite étant plus probable, il fut recherché et on le rencontra dans le sang, seulement le soir. On n'a rien trouvé dans l'urine. Une goutte de sang du petit doigt contient de 10 à 15 filaires.

L'évolution du parasite a été décrite par P. Mansen. Les malades dont le sang renferme des filaires sont piqués par des moustiques qui avalent les embryons. Ces embryons deviennent larves dans le tube digestif des moustiques, puis, lorsque ces derniers meurent, ils tombent dans l'eau où les larves vivent. L'homme boit l'eau et alors la reproduction se fait dans le tube digestif ou dans les vaisseaux lymphatiques et, de là, les embryons passent dans le sang.

— M. Bucquoy a été appelé auprès d'une malade de l'Ile Maurice atteinte d'une adénite inguinale et de douleurs au niveau des reins et des jarrets, avec fièvre. Bientôt apparurent des accidents encéphaliques ressemblant à ceux du rhumatisme cérébral. La malade disait avoir déjà souffert d'accidents semblables et disait que la seconde atteinte était toujours mortelle. Elle mourut, en effet rapidement.

M. Le Roy de Méricourt a vu, dans les colonies, des lymphadénites aiguës fort graves, probablement non parasitaires.

M. A. Robin a observé deux cas de chylurie. Les malades ne présentaient d'urine chyleuse que quand ils étaient restés sur le dos une heure ou deux.

M. Lancereaux demande s'il existe un moyen de combattre l'affection.

M. Le Roy de Méricourt répond qu'il n'en connaît point d'autre que le séjour prolongé en Europe.

— M. Marty termine la lecture de son rapport sur le plâtrage des vins; en voici les conclusions :

1° Les documents relatifs à l'enquête faite à l'Ecole nationale d'agriculture de Montpellier ne paraissent pas à votre commission de nature à infirmer les résultats de l'enquête générale ordonnée, en 1884, par M. le ministre du commerce;

2° Les renseignements et les faits analysés dans le présent rapport démontrent que le plâtrage exagéré exerce sur la santé publique une influence fâcheuse;

3° Se plaçant au point de vue exclusif de l'hygiène, la commission ne peut approuver en principe le plâtrage des vins;

4° Cependant, préoccupée des nécessités de la production et du commerce, et tenant surtout compte de l'intérêt des consommateurs, qu'il serait imprudent, par une mesure trop absolue, de priver, dans certaines années, de vins que seul, jusqu'à ce jour, le plâtrage modéré paraît propre à conserver;

5° Considérant que, si le sulfate de potasse se rencontre normalement dans les vins purs, il n'y existe jamais dans une proportion supérieure à 6 décigrammes (0,60) par litre, ainsi que l'analyse permet de le constater;

Qu'il n'est pas clairement démontré que, jusqu'à la dose de 2 grammes par litre de vin, le sulfate de potasse introduit par le plâtrage ait une action nuisible sur la santé,

mais qu'il est indispensable de fixer la dose maxima de sulfate de potasse, qui peut, sans danger sensible, être introduite dans le vin par le plâtrage,

Émet l'avis :

Que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que jusqu'à la limite maxima de 2 grammes par litre.

En outre, la commission exprime le vœu que la circulaire de M. le garde des sceaux, ministre de la justice, en date du 27 juillet 1880, reçoive une application effective.

VARIÉTÉS

Nous insérons avec empressement les lignes suivantes, que nous envoie M. le docteur Marquez, président de la Société locale du Haut-Rhin et membre du Conseil général de l'Association :

Dans les premiers jours du mois de mai de cette année, plusieurs journaux ont annoncé, d'après la *Landeszeitung*, journal officiel allemand, mais sans donner le texte de l'arrêté, que l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin venait de subir le sort des Sociétés de médecine de Strasbourg et de Colmar, et d'être dissoute par l'autorité allemande.

L'arrêté du président de la Haute-Alsace, daté du 24 avril 1888, porte que, « pour avoir, sans autorisation émanant de lui, transféré à l'étranger son siège qui, conformément aux statuts, était à Mulhouse, *ladite Association est dissoute pour le département de la Haute-Alsace* ».

Président de l'Association dont il s'agit depuis 1869, j'ai le devoir de déclarer qu'il eût été plus juste de dire que l'administration allemande nous retirait la faculté de fonctionner sur le territoire devenu une possession de l'Allemagne.

En fait, l'Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin est une Société française, une section de l'Association générale des médecins de France. Sans doute, elle a été fondée à Mulhouse en 1861; mais, après le traité de Francfort, elle a décidé, le 26 octobre 1873, de transférer son siège à Belfort, la principale ville du Haut-Rhin demeurée française. Un arrêté ministériel, en date du 30 décembre 1873, a sanctionné cette résolution et autorisé la Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin à se reconstituer à Belfort.

Depuis cette époque, notre Société a fonctionné avec sa régularité d'autrefois, des deux côtés de la frontière nouvelle, trouvant plus de bien à faire de l'autre côté que de celui-ci. L'administration allemande a semblé juger notre situation comme l'avait fait M. Jules Simon en 1871, et admettre que « notre Œuvre, toute de bienfaisance, est de celles qu'aucun traité ne peut prescrire, qu'aucune frontière ne peut limiter, et qui s'imposent à toutes les sympathies, à tous les respects ». Elle nous a respecté dans notre Œuvre; elle nous a laissé la liberté de remplir sans ostentation, vis-à-vis de nos co-associés, les devoirs que nous dictaient les lois de la mutualité et de la réciprocité.

Aujourd'hui, cette administration revient sur son premier mouvement. Elle interdit à nos confrères d'Alsace de demeurer membres actifs de l'Œuvre que nous avons fondée il y a vingt-cinq ans. Mais, en nous mutilant, l'arrêté de dissolution ne saurait nous atteindre assez pour enrayer notre Œuvre. Nous sommes, je le répète, une Société légalement réorganisée sur terre de France; et nous espérons bien demeurer debout et grandir sur ce petit territoire de Belfort, sous l'égide de l'Association générale.

FORMULAIRE

POUDRE CONTRE L'HÉMORRHAGIE UTÉRINE. — Lutaud.

Acide tannique pulv.....
Lycopode..... } ââ 10 grammes.
Iodoforme ..... 2 —

©BIU Santé

Mélez. — On introduit dans le vagin de petits tampons d'ouate ou de gaze, saupoudrés avec le mélange ci-dessus. — Grâce aux propriétés antiseptiques de l'iodoforme, ces tampons peuvent être maintenus en place pendant 48 heures sans inconvénient. — N. G.

COURRIER

La Société française de tempérance, dans sa séance solennelle du 10 juin 1888, a décerné une médaille de vermeil à M. le docteur Emile Monin ; et une médaille d'argent à MM. les docteurs Daviller et Lardier.

Exposition d'hygiène a Paris 1888. — Nous avons déjà annoncé qu'une exposition d'hygiène devait avoir lieu à Paris, au Palais de l'Industrie, et qu'elle ouvrirait ses portes le 20 juillet prochain.

L'importance que prend cette exposition nous engage à rappeler à tous les intéressés qu'elle a reçu l'approbation du gouvernement et que son comité d'organisation a pour vice-président M. Georges Berger, l'infatigable directeur général de l'exposition de 1889, qui a déclaré récemment dans la réunion plénière, tenue le 7 mai, que cette sorte de répétition générale de tout ce qui touche à l'hygiène était de la plus grande utilité à la veille de l'exposition de 1889, et qu'il était fort heureux de pouvoir encourager les efforts de la direction de 1888.

Parmi les membres éminents qui ont bien voulu apporter leur précieux concours à cette œuvre et qui composent la Commission d'organisation, nous devons citer notamment : MM. Berthelot et baron Larrey, de l'Institut ; docteurs Dujardin-Beaumetz et Ed. Bourgoin, de l'Académie de médecine ; docteur Hanriot, professeur à la Faculté de médecine ; docteur de Saint-Germain, chirurgien de l'hôpital des Enfants-Malades ; Capgrand, Mothes, président de la chambre syndicale des pharmaciens ; docteur Richelot, directeur de l'*Union médicale* ; docteur Monin, secrétaire de la Société française d'hygiène ; Desnoix, président de la Société de pharmacie ; Ferrand, directeur de l'*Union pharmaceutique* ; Chevrier et Portes, pharmaciens ; etc.

C'est notre confrère, M. Louis Bourne, directeur du journal « *le Travail* » et de la *Revue de thérapeutique*, dont la compétence en ces matières est fort connue, qui a été nommé commissaire général, chargé de cette installation, et c'est dans ses bureaux, 2, rue de Provence, à Paris, que nos lecteurs, qu'une exposition d'hygiène peut intéresser, trouveront tous les plans et les conditions d'admission.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Couturier (de Mérinchal), Dépret (de Saint-Pierre-sur-Dive), Larue (de Laval) et Taurin (de Louviers).

Un cas de fécondité extraordinaire. — Un événement inouï dans les annales de l'anthropologie s'est produit à Castagnola, dans le Tessin.

Mme Rezzonico, femme du syndic de cette localité, a mis au monde six enfants, quatre garçons et deux filles. Ces petits êtres sont nés vivants, mais ils n'ont pas tardé à expirer.

La mère, qui a 38 ans, a eu déjà plusieurs enfantements composés et les enfants vivent encore.

Plusieurs médecins de Milan, de Come et d'autres villes, sont accourus sur place et n'ont pu que constater la parfaite exactitude de l'information. (*Lyon médical*).

LIQUEUR DE LAPRADE (*Albuminate de fer*). — *Troubles de la menstruation*. — Une cuillerée par repas.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. P. Durozier : Angio-sclérose. — III. Bibliothèque : Manuel de diagnostic des maladies internes par les méthodes bactériologiques, chimiques et microscopiques. — Contribution à l'étude anatomo-pathologique de l'artério-sclérose du cœur. — IV. Revue des journaux : Désinfection des mains. — Sur les micro-organismes des salles de la Clinique chirurgicale de Rome. — Utilité du traitement des blessures par seconde intention dans quelques cas spéciaux. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Causerie. — VIII. Formulaire.

BULLETIN

Le rapport de M. Marty sur le plâtrage des vins, lu à l'Académie de médecine, se termine par deux conclusions qui de prime abord semblent un peu contradictoires. Le vin naturel, dit-il, renferme au plus 60 centigr. de sulfate de potasse par litre, et néanmoins l'honorable rapporteur admet qu'on peut en ajouter 2 grammes par litre, sous prétexte qu'il n'est pas clairement démontré que, jusqu'à la dose de 2 grammes par litre, le sulfate de potasse introduit par le plâtrage ait une action nuisible sur la santé.

On peut trouver l'argument spécieux; en effet, de ce qu'il n'est pas *clairement démontré* que l'addition de 2 grammes de plâtre dans un litre de vin soit nuisible à la santé, il ne s'ensuit pas que la démonstration ne sera pas faite plus tard, et, en pareil cas, la règle qui doit diriger la conduite du médecin est la suivante : *In dubio abstine*, c'est-à-dire : il ne faut pas permettre de plâtrer les vins au delà de 60 centigr. par litre, quantité *maxima* que contient le vin naturel.

FEUILLETON

CAUSERIE

Le mois de mai, qui a ramené un peu tardivement les feuilles sur les arbres et la joie dans nos cœurs, passe en outre, comme vous le savez, pour faire éclore à la fois les fleurs dans les jardins et les fleurs de rhétorique au bout de la plume des poètes. Un de nos distingués confrères, M. le docteur Corlieu, inspiré sans doute par les effluves printaniers, a composé en l'honneur d'un de nos plus anciens collaborateurs, M. Ricord, une pièce de vers qu'il se propose de lui lire dans X années, lorsqu'il aura cent ans.

— Mais dans combien d'années, cher Simplissime?

— Je ne sais, mais qui le sait? Chacun a l'âge qu'il paraît avoir, et M. Ricord passe pour avoir retrouvé le secret de la Fontaine de Jouvence, dont il use quand besoin est. Au surplus, si vous êtes curieux, demandez-le-lui, et je suis sûr qu'il vous fera une réponse semblable à celle de Mlle Mars.

Quelle réponse? — Comment, vous ne savez pas? — Mais non. — Eh bien, voici :

Mlle Mars est appelée en témoignage devant le tribunal. Le président indiscret demande ses nom, prénoms, âge..... A cette dernière question, la belle artiste répond :

..... ante-sept ans, Monsieur le président!

— Vous dites? redemande le président plus indiscret encore.

©BIU Santé

La jurisprudence en matière de falsification sera difficile à établir si l'Académie approuve les conclusions du rapport de M. Marty. En effet, tout récemment, on vient de condamner à une forte amende un fabricant de vermouth convaincu d'avoir mis 6 à 8 grammes d'acide salicylique par hectolitre dans sa liqueur. Or, sans vouloir défendre ce fabricant, je trouve qu'il n'est pas plus coupable que celui qui ajoute 2 grammes de sulfate de potasse par litre de vin. Comparons, en effet, les deux chiffres. Si 100 litres de vermouth contiennent 8 grammes d'acide salicylique, 1 litre n'en contient que 8 centigr. Et quelle quantité de vermouth peut-on boire dans une journée? 100, 200, 250 grammes en moyenne, et je parle des habitués. C'est-à-dire qu'on peut prendre de 1 à 2 centigr. d'acide salicylique par jour. Or, la dose médicamenteuse de cette substance étant de 2 à 4 grammes par jour, et même plus, on voit qu'on est encore loin de la dose efficace. L'acide salicylique, longtemps continué à la dose de 1 à 2 centigr. par jour, est-il plus nuisible que le sulfate de potasse à la dose de 2 grammes? — (En admettant que chaque individu ne boive qu'un litre de vin plâtré par jour.) — Ou encore le sulfate de potasse à cette dose est-il moins nuisible que l'acide salicylique? Je suis, pour ma part, porté à croire que le plus nuisible des deux est le sulfate de potasse, et à l'interdire autant et plus que l'acide salicylique. Tous ceux qui redoutent la toxicité des sels de potasse seront certainement de cet avis.

Je pense donc que la dernière conclusion du rapport de M. Marty devrait être modifiée de la manière suivante :

Considérant que le sulfate de potasse n'existe jamais dans les vins purs dans une proportion supérieure à *six décigrammes* (0 gr. 60), l'Académie émet l'avis que la présence du sulfate de potasse dans les vins du commerce, quelle qu'en soit l'origine, ne doit être tolérée que *jusqu'à la limite maxima de six décigrammes par litre.*

— Nous attirons, en outre, l'attention de nos lecteurs sur une communication de M. Lucas-Championnière, à l'Académie des sciences, pour dé-

---

— Je l'ai dit, M. le président. Cette fois, il rit et fut satisfait.

Bref, voici ce que dit M. Corlieu de M. Ricord :

Une étoile en 1900 ou le centenaire de M. Ricord.

Minos, Eaque et Rhadamante,
Tenant leur balance à la main,
L'œil dur et la mine arrogante,
Allaient juger le genre humain.
La foule était considérable;
Il en venait de tous côtés,
Le grand seigneur, le pauvre diable,
Rois, sénateurs et députés,
Banquiers ayant fait hausse ou baisse,
Magistrats ayant mal jugé
Drames d'amour, délits de presse
Contre les mœurs ou le clergé.

Près de ce tribunal suprême,
Sur des nuages réservés,
Le front ceint de leur diadème,
Tous les dieux s'étaient retrouvés,
Jupin oubliant sa migraine,
Neptune armé de son trident,
Mars, l'intrépide capitaine,
Vulcain, le mari..... mécontent.
Les déesses fort curieuses,
Comme est le sexe féminin,
Se pavanaient majestueuses
Dans le mythologique Eden :
Junon s'éventait avec l'aile
D'un paon, son oiseau favori;
Vénus faisait de la prunelle
A Cupidon, son fils chéri.
Saint Pierre, écoutant à la porte,
Avait lâché le Paradis
Disant : « Que le diable m'emporte!
Ici, c'est plus gai qu'où je vis.
Là-bas, mon rôle est monotone,
Je suis toujours les clés en main;
A ma porte, j'attends qu'on sonne
Et j'ouvre du soir au matin. »

© BIU Santé

montrer l'innocuité de l'ouverture du crâne et les ressources qu'offre la trépanation pour la thérapeutique; — sur une réclamation de priorité de M. Arloing (de Lyon) relative au travail de M. Widal sur la septicémie puerpérale, dont les conclusions sont identiques à celles qui ont été publiées il y a quatre ans par M. Arloing; — enfin, sur une belle observation de filaire hématique de l'homme, dont le sujet a été présenté par M. Lancereaux à l'Académie de médecine.

Cette savante Société a élu membre, dans sa dernière séance, M. le professeur Damaschino, à qui nous offrons nos sincères félicitations pour la belle majorité qu'il a obtenue. — L.-H. P.

Angio-sclérose (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 25 février 1888.

Par le docteur P. Duroziez.

Parfois nous trouvons sur la veine cave les mêmes plaques athéromateuses que sur l'aorte.

Pascal, 41 ans, serrurier, a eu plusieurs rhumatismes articulaires aigus.

10 avril 1867. — Essoufflement et battements de cœur. Le cœur est assez gros; on le voit battre seulement à la pointe, modérément; l'impulsion est assez forte; la main sent un double battements en avant. Au cou, on n'aperçoit pas de battement artériel; le pouls veineux est notable, sans distension des veines. Le pouls radial est régulier, assez développé, un peu vif. Le pouls brachial est peu remarquable. Rien de net à la crurale. Le cœur se démène un peu sous l'oreille, surtout au niveau des cavités droites. Le malade tousse beaucoup, se plaint d'oppression, surtout la nuit. Les jambes sont œdématiées depuis trois ou quatre jours; les mains ne le sont pas. Les bruits sont altérés dans les carotides et au niveau de l'orifice aortique, sans souffle.

Dans les derniers jours, le malade étouffait; je ne l'ai jamais vu les jambes pendantes; il était penché en avant comme les individus atteints de péricardite. Mort le 13 mai.

---

(1) Suite. — Voir le numéro du 31 mai 1888.

Devant ce Tribunal auguste
Mercure amène un potentat;
La balance, à l'aiguille juste,
Marque le poids d'un scélérat.
Bientôt se présente un brave homme,
Air souriant, rasé de frais,
Œil malin et de l'esprit comme
On en voit chez les Marseillais.
Chacun se soulève à sa vue,
Les dieux, par curiosité,
Les déesses, sans retenue,
Ont oublié leur gravité.
Minos prend alors la parole
Et fait l'interrogation :
— « Vos nom, prénoms, pays, école,
Demeure, âge et profession?
— Philippe est mon nom de baptême,
Je suis connu du monde entier,
Aimer chacun est mon système,
Faire le bien est mon métier.
J'ai soulagé bien des misères,
Consolé maint mari..... *pointu*,
Raccommodé les adultères,
Remis à neuf mainte vertu;
J'ai mis la paix dans les ménages,
Rogné les ailes des Amours,
Chassé bien des fois les nuages
Loin des taudis et loin des Cours. »
Minos, se couvrant de sa toque,
Rend aussitôt ce jugement :
« Attendu que, sans équivoque,
Le Tribunal est compétent,
Ledit comparant sans remise
Prendra sa place parmi nous;
Pour éviter toute méprise,
Ricord sera dieu comme vous :
Il sera l'étoile nouvelle,
Le guide de l'heureux amant,
A côté de Vénus, la belle,
Il luira dans le firmament :
Et pour que chacun le contemple
Et le révère, nuit et jour,
Des vierges garderont son temple,
En faction sera l'Amour.

©BIU Santé

Autopsie. — Anasarque notable. Apoplexie des reins et des poumons. Le cœur est gros, dilaté. La paroi du ventricule gauche est jaune, anémiée, peu épaisse.

A l'entrée de la veine cave descendante, on trouve des plaques rouges, en relief, isolées.

La tricuspide est épaissie, un peu déformée. L'artère pulmonaire présente une teinte rouge générale avec des saillies.

Dans l'oreillette gauche, on retrouve les mêmes plaques saillantes et rouges. La bicuspide est rouge et épaissie sur le bord. Le fond du ventricule est pâle; l'endocarde a sa couleur normale. Près des sigmoïdes, il passe au rouge.

Les sigmoïdes aortiques sont très peu altérées, suffisantes.

L'aorte est rouge, épaissie sur toute sa longueur et présente des plaques saillantes, rouges.

Plaques péricardiques récentes et anciennes.

Phlébite traumatique, thrombose, embolie pulmonaire. Guérison. — Chauvin, 22 ans, garçon de cuisine, entre le 21 juin 1867.

27 juin. — Il ne se rappelle pas avoir gardé le lit. Il s'exprime facilement. Une roue lui a passé sur le cou-de-pied gauche; il reste quinze jours à Necker, puis quinze jours à Vincennes. Il crache du sang pour la première fois; il fait une grande course. Douleur au niveau du mollet gauche. Il entre le lendemain à la Charité; il est venu à la consultation souffrant surtout de la poitrine à droite. Pas d'appétit; crachats sanglants; diète.

Encore ce matin, crachats sanglants et douleur à droite dans la poitrine; pas de battements de cœur. Pouls 84, assez développé. Le cœur mesure 10 sur 15. Piaulement au premier temps à la pointe. Second claquement sonore, analogue au premier piaulement. Respiration rude. Veines des jambes dures, remplies de caillots des deux côtés. Pas d'œdème.

28 juin. — Pas de chaleur. La physionomie ne dénote rien de spécial. Douleurs dans les deux jambes. La respiration est parfois gênée; en avant à droite surtout, de la rudesse. Même piaulement, maximum à la pointe, s'entendant sur toute la surface, davantage au niveau des cavités gauches. Second claquement sonore. Jugulaires toujours pleines, non distendues, sans pulsation. Saillie des veines des jambes sans œdème, avec douleur surtout à droite. Je ne puis appuyer le stéthoscope au niveau de l'aine droite; la douleur se propage le long de l'iliaque droite par la pression et jusqu'à la veine cave

*
* *

Après la poésie, la philosophie — pour passer du plaisant au sévère. Notre profession n'est pas en effet toujours disposée à faire rire ceux qui l'exercent. Tant mieux pour ceux qui rient, mais ne blâmons point ceux qui, au cours de leurs tournées quotidiennes dans la clientèle de province, réfléchissent au côté sombre de l'humanité, qu'ils voient plus souvent que le côté gai.

Les pensées suivantes, exprimées par un de nos confrères de province, que nous ne saurions trop remercier de l'intérêt qu'il porte à notre journal, sont des exemples de la tournure d'esprit qu'on peut acquérir lorsqu'on est depuis plus ou moins longtemps en contact avec les misères de la vie.

La philanthropie est une orgueilleuse pour qui les bonnes actions sont une espèce de parure et qui aime à se regarder au miroir.

La charité est une tendre mère qui tient les yeux fixés sur l'enfant qu'elle porte à la mamelle, qui ne songe plus à elle-même, mais qui oublie sa beauté pour son amour.

—

La considération est un salaire qui n'est pas sans avoir quelque part à notre bonheur. Quand les médecins seront pénétrés de cette vérité, la médecine aura pris dans le monde la place d'estime et d'affection qui lui est due.

©BIU Santé

inférieure; on trouve à droite de la ligne blanche de la sensibilité qui n'existe pas à gauche; l'hyperesthésie n'a pas lieu au niveau du cœur. Bruit continu au niveau de l'aine gauche. Céphalalgie. Appétit modéré. Pas de nausées. Constipation.

16 juillet. — Pouls 76, régulier. Cœur 9 1/2 sur 14 1/2. Pas de dilatation des jugulaires; pas de pouls veineux, Pas de battement des carotides. Pas de battement du cœur. Pas de battement de la pointe. Piaulement maximum à la pointe, s'étendant plus sur le ventricule droit que sur le gauche, s'entendant au-dessous du cœur, mais non le long de l'aorte, ni dans les carotides, couché le long du bord inférieur du cœur. Les phlébites sont presque éteintes; il reste encore des cordons noueux. Etat très bon.

27 juillet. — Piaulement jusqu'à la sortie. Etat très bon.

Chez un tuberculeux albuminurique, âgé de 32 ans, les veines rénales sont oblitérées, la droite plus petite que la gauche, le caillot plus blanc à droite, plus adhérent, plus rouge, plus ramolli à gauche; l'extrémité des caillots est libre du côté de la veine cave qui ne contient aucune concrétion. Les reins sont gros, jaunes; les pyramides ne sont pas complètement étouffées par la substance corticale, la surface est unie et la séreuse se détache facilement.

Chez un tuberculeux de 40 ans, non albuminurique, on trouve des caillots dans les veines axillaire et brachiale droites. Les jambes et le bras droit sont seuls œdématiés; survient de l'oppression considérable avec pâleur, bouffissure de la face, ascite, rhonchus abondants couvrant les bruits du cœur, rudes et râpeux.

A l'autopsie, anasarque avec prédominance pour le bras droit; cœur un peu gros, dilaté, contenant des caillots noirs; veines axillaire et brachiale droites oblitérées par des caillots. Reins lobulés, congestionnés; uretères injectés.

Les thromboses sont-elles dues, dans ces deux cas, à la seule inopexie ou à une lésion des veines partant des organes d'où elles émergent?

Goître exophthalmique. Palpitations veineuses. Dilatation du cœur. Insuffisance de la mitrale et de la tricuspide. Pleurésie droite avec épanchement considérable. Ascite. Anasarque. — Ruffier, 36 ans, plieuse en soie, 10, salle Saint-Antoine. Hôtel-Dieu, 12 mai 1865. Meurt le 24 août.

Pas de douleurs dans les jointures. Pas de fluxion de poitrine. Pas de petite vérole. Pas de scarlatine. Pas de rougeole. Bien portante étant jeune. Sa mère est morte d'un

---

L'éducation morale et littéraire remplit les intervalles de la vie, comme ces duvets dont on entoure les vases fragiles, quand on les rassemble en un même lieu : on les compte pour rien, et pourtant, sans eux, tout se briserait.

—

Qu'il se fait de mal dans le monde par l'inconséquence et la timidité des gens de bien!

—

Si la nature a eu assez d'esprit pour former une vessie et tous ses accompagnements, pourquoi n'a-t-elle pas eu assez d'esprit pour la préserver de la pierre?

—

Ce que je sais d'histoire me donne lieu de croire que la démocratie est le terme naturel du progrès politique, et que Dieu y mène le monde. Mais j'avoue qu'il l'y mène par de rudes chemins, et que, si je crois à la démocratie, c'est malgré des excès qui seraient capables d'en dégoûter les gens de bien.

—

Le respect pour les temps passés, c'est l'amour des enfants pour leur père, qui fait la base de l'esprit de famille; c'est la vénération de l'élève pour son maître, sans tomber dans l'absolutisme de la formule : « le maître l'a dit »; c'est la réserve des jeunes gens dans l'examen des opinions des vieillards.

©BIU Santé

refroidissement, sans palpitations. Ses frères se portent bien. Elle a perdu deux enfants, à 18 jours et à 7 mois ; elle en a encore un.

Fièvre typhoïde à 26 ans; un mois d'alitement. Délire. *Elle a les yeux saillants depuis la fièvre typhoïde.* Elle a toujours eu le cou gros.

Palpitations depuis deux ou trois ans.

Elle a fait une fausse couche il y a sept mois. Il y a deux mois, anasarque bras et jambes.

12 mai. — Pâleur. Orthopnée. Lèvres violettes. Œdème des jambes. Développement de toutes les veines du bras. Battement des jugulaires; on voit battre la veine qui passe sur la clavicule. Battements considérables de la région précordiale et du cou. Respiration fréquente. Pouls fréquent, irrégulier, inégal. Les bruits anormaux sont très forts.

20 mai. — Pouls fréquent, assez régulier, non développé, un peu vibrant. Battements des jugulaires. Œdème des jambes. Orthopnée. Cœur très gros. Souffle en jet de vapeur à la pointe. Bruits durs et secs à droite et à gauche.

27 mai. — Œdème des bras. Pouls inégal, irrégulier. Souvent deux battements se précipitent au cœur et un seul se propage à la radiale. Cœur énorme, s'étendant beaucoup à gauche. A gauche, triple bruit sans souffle net. Pas de souffle en jet de vapeur. Même gonflement et même battement des jugulaires; *isochrones au pouls.* Battement très fort des vaisseaux du cou. La veine se vide à chaque révolution. Les bruits anormaux existent plutôt sous le sternum qu'à gauche, mais faibles. Double souffle court vers l'orifice aortique. Pas de roulement anormal au deuxième temps à gauche. Ascite. Figure un peu bouffie, pâle. Malade penchée en avant, appuyée sur le coude gauche, la main droite rejetée sur le côté et fixée au bord du lit. En arrière, peu de résonance, surtout à droite. Sans souffle.

30 juillet. — Pouls 104, régulier, petit. Même développement considérable des jugulaires avec battement. Souffle en jet de vapeur à la pointe.

2 août. — Pouls petit, misérable. Battement double des jugulaires très grosses. Cœur gros battant sur une grande surface. Pâleur non cyanique pour la poitrine et pour la tête; mains violettes. Jambes œdématiées et violettes. *Saillie des yeux.* Orthopnée. Pas de sommeil. Jamais d'hémoptysie, ni de dévoiement, ni de vomissements. Peu d'appétit. Elle tousse aussitôt qu'on l'examine. Elle étouffe. Je ne puis examiner le côté gauche. Souffle en jet de vapeur en bas du sternum.

14 août. — Jugulaires énormes et battantes. Double battement. *Pouls veineux type.*

Se procurer le bien-être et se mettre à l'abri du mal, ce n'est pas là tout l'homme, mais toute la bête seulement.

—

Le peuple a besoin de plus d'idées que de pain.

—

Un médecin a écrit : « Si le rôle du médecin n'est pas sublime, il est infâmé. » Parole sévère, mais qui peut aisément devenir vraie.

Assurément, nous voyons trop aujourd'hui le cas pathologique, trop le salaire, trop la matière, et la profession tourne au métier. On ne nous honore plus, on nous paye. Le public le comprend trop ainsi, à qui la faute? Les syndicats, établis dans un but de défense des intérêts matériels, ont-ils apporté en même temps avec eux *la considération?* Vieille guitare au XIXe siècle; de bonnes pièces de cent sous conviennent mieux aux doctrines positives. Et pourtant jamais phrase n'a été plus vraie : « Le peuple a besoin de plus d'idées que de pain ». Le peuple médical plus encore que d'autres; mais qui nous donnera ces idées, qui refera parmi nous des hommes de caractère, de convictions, de principes?

Mon correcteur habituel me dit que j'aurais dû insérer d'abord la philosophie et finir mon feuilleton par la poésie; il est partisan du passage « du grave au doux ». Tra-

Pouls radial petit, très irrégulier, très inégal. Veines des mains grosses. Œdème du bras gauche. Jambes très œdématiées. Ascite. Orthopnée. Geignement continuel. Toux. Peu de crachats, non sanglants. Nausées. Pas de diarrhée. Peu d'appétit. Très peu d'urine. Cœur très gros, s'étendant à gauche en bas. Impulsion du cœur. Battement au niveau des cartilages droits. Frémissements difficiles à délimiter. Souffle en jet de vapeur à la pointe. Bruits rudes. Pas de roulement au deuxième temps. Pouls très fréquent. Râles sous-crépitants. Respiration froissante.

18 août. — Orthopnée. Pouls assez régulier, assez développé. Dilatation considérable des jugulaires. Battement des vaisseaux du cou. Cœur énorme battant sur une large surface. Bruit de galop. Pas de souffle isolable à la pointe. Pouls régulier malgré la palpitation continuelle du cœur.

21 août. — Cyanose. Altération notable des traits.

23 août. — Pouls à 120, inégal, assez régulier. Pâleur. Orthopnée. Pouls veineux. A droite, souffle court au premier temps, séparé des claquements au niveau des espaces droits, en bas. A gauche, souffle en jet de vapeur assez court. Battement fort du cœur qui vient froisser sous l'oreille et gêner un peu l'auscultation. Le battement remonte haut, au niveau du deuxième espace intercostal gauche et s'étend à gauche et en bas. Battement des artères du cou. Battement considérable à gauche en dehors. Souffle en jet de vapeur. Rien comme bruit de rétrécissement mitral. On entend toujours du bruit, tellement le cœur se démène. Froissement sur toute la surface du cœur. Au niveau de l'orifice aortique sorte de double souffle. Le cœur est énorme, surtout à gauche. Cyanose des mains. Intelligence très nette.

Autopsie le 25 août. Epanchement très abondant de sérum dans la cavité droite avec fausses membranes et rétraction du poumon.

Cœur gros, hypertrophié, moins développé que pendant la vie. La dilatation et l'hypertrophie portent également à gauche et à droite, peut-être plus à droite qu'à gauche. Plaques laiteuses sur le péricarde. Un peu de développement de l'oreillette droite. La tricuspide est peu altérée. A l'épreuve de l'eau, elle ne bouche pas complètement l'orifice; elle pouvait être insuffisante.

La cavité du ventricule droit est large, la paroi épaissie. Rien pour l'orifice pulmonaire. L'oreillette gauche présente un endocarde blanc, épaissi. La mitrale est un peu épaisse. Le ventricule gauche est large, la paroi non hypertrophiée en proportion de la dilatation. Sigmoïdes aortiques saines. Orifice sain. L'aorte est dilatée au niveau de son sinus.

---

vailler d'abord, s'amuser ensuite. Peut-être a-t-il raison. Mais, comme j'ai terminé ce feuilleton, je ne veux pas le remanier, et, comme j'ai travaillé, je mets son principe en action, et je vais me promener un peu. Que peut-on faire de mieux par cette chaleur étouffante?

SIMPLISSIME.

LOTION CONTRE LE PRURIT DE L'ANUS. — Johnston.

Hyposulfite de soude		15 grammes.
Acide phénique		2 gr. 50 cent.
Glycérine		8 grammes.
Eau distillée	120	—

Faites dissoudre. — On lave la région anale avec ce mélange, après un lavage préalable à l'eau froide. — Tous les jours ou tous les deux jours, on étale sur la muqueuse de l'anus, de 0 gr. 30 à 0 gr. 60 d'iodoforme. — Généralement, après 2 ou 3 de ces applications, le prurit disparaît, ce qui n'empêche pas de continuer l'emploi du remède, 3 ou 4 fois par semaine, jusqu'à complète guérison. — N. G.

©BIU Santé

Remarques. — Cette femme n'a pas eu d'autre maladie qu'une fièvre typhoïde et de cette fièvre typhoïde elle date son exophthalmie. Elle a toujours eu le cou gros. Les palpitations n'apparaissent que sept ou huit ans plus tard. Les œdèmes sont récents. C'est bien un goître exophthalmique; nous notons le goître, l'exophthalmie, les palpitations, la fréquence du pouls, les battements généraux. Les signes du côté des veines sont prépondérants sans que la lésion de la tricuspide soit notable. On note de ce côté des palpitations comme on le fait du côté des artères. Il y a un élément de plus que dans l'insuffisance tricuspide simple. Ce n'est pas de l'asystolie simple. C'est une forme particulière du goître exophthalmique. Malheureusement nous n'avons pas noté le traitement. Nous ne savons si cette malade a pris de la digitale. (*A suivre.*)

BIBLIOTHÈQUE

MANUEL DE DIAGNOSTIC DES MALADIES INTERNES PAR LES MÉTHODES BACTÉRIOLOGIQUES, CHIMIQUES ET MICROSCOPIQUES, par le docteur R.-V. JAKSCH, traduit de l'allemand par L. MORELÉ — Paris, G. Carré, 1888.

L'auteur s'est proposé de coordonner et de réunir sous un volume relativement restreint un grand nombre de méthodes qui sont actuellement disséminées dans les publications des Sociétés ou les recueils spéciaux. Il examine successivement le sang, les produits de la cavité buccale, le mucus nasal, les crachats, le suc gastrique et les vomissements, les matières fécales, l'urine, les exsudats, les sécrétions des organes sexuels, et termine par un court chapitre de technique bactériologique. Tous les chapitres sont loin d'être d'égale valeur, et il y a quelquefois des omissions regrettables portant d'une façon persistante sur les travaux des auteurs français. C'est ainsi que l'auteur parle, pour la numération des globules du sang, des appareils de Thomas Zeiss, mais néglige absolument ceux de Potain, Malassez et Hayem; Pasteur, chose extraordinaire, semble presque inconnu au professeur Jaksch, qui ignore également les travaux de Cornil.

Mais, ces oublis involontaires (?) mis à part, on peut dire que l'ouvrage de M. Jaksch est excellent; nous recommandons spécialement les chapitres consacrés aux matières fécales et aux vomissements, au courant des plus récents travaux et celui qui expose les procédés d'analyse de l'urine. Le praticien, qui n'a pas eu le temps de se familiariser avec la chimie et le microscope, y trouvera des indications suffisantes pour combler cette lacune de son éducation. Les manuels de ce genre seront toujours fort utilisés, car il est impossible, maintenant, de faire un diagnostic certain d'une affection stomacale sans examiner le suc gastrique ou de traiter sérieusement un tuberculeux sans vérifier la richesse bacillaire des crachats. Un certain nombre de gravures bien exécutées enrichissent cet ouvrage dont nous voudrions voir l'analogue publié par un auteur français.

P. C.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE DE L'ARTÉRIO-SCLÉROSE DU CŒUR, par le docteur A. WEBER. — Paris, Steinheil, 1888.

Le cœur atteint de sclérose est tantôt hypertrophié, tantôt dilaté. Mais le plus souvent l'hypertrophie et la dilatation sont associées.

Ces modifications sont la conséquence de la lésion vasculaire causale, qui est le plus habituellement l'endartérite oblitérante des petits vaisseaux.

Histologiquement, on peut distinguer trois formes anatomiques de la sclérose cardiaque : 1° la sclérose péri-vasculaire par propagation inflammatoire; 2° la sclérose dystrophique par ischémie régionale; 3° la sclérose mixte. Les principales altérations musculaires sont l'atrophie et la dégénérescence vitreuse de Zenker.

Au point de vue nosographique, la sclérose cardiaque est une des expressions anatomiques de l'artério-sclérose du cœur.

©BIU Santé

Telles sont les principales conclusions de cette thèse importante pour l'étude si obscure des scléroses du cœur. — P. C.

REVUE DES JOURNAUX

JOURNAUX ITALIENS

Désinfection des mains, par M. le docteur Mugnai (de Rome). (In *Riforma medica.*) — Depuis que l'antisepsie règne en souveraine dans tous les services hospitaliers, il n'y a pas de menus détails qui soient indignes de sa sollicitude. L'air des salles de malades, sa composition, sa température; le linge, l'eau qui sert à la toilette ou aux pansements, ou encore aux ablutions du chef de service ou de son personnel, toute la vie intime du blessé et du fiévreux, tout doit être aseptique... et malheur aux mains profanes qui songeraient à s'affranchir de la toilette réglementaire!

On ne se doute pas de ce qu'une main qui passe pour propre renferme, abrite, nourrit et laisse pulluler de germes perturbateurs! Derrière les ongles, dans les replis des doigts se logent des tribus entières de schizomycètes errants et d'hyphomycètes voyageurs qui n'attendent qu'un prétexte, qu'un attouchement pour fomenter le désordre, la fièvre purulente ou puerpérale, l'érysipèle, voire même la simple suppuration... Il n'y a donc pas à récriminer et à crier à la tyrannie, il nous faut des mains absolument aseptiques.

M. le docteur Mugnai a fait, avec les germes recueillis sur diverses mains médico-chirurgicales, des cultures très virulentes; il conseille les immersions pendant quelques minutes dans une solution de sublimé au millième, après un nettoyage attentif et consciencieux des ongles, de leur matrice et des replis interdigitaux, pour être complètement aseptique.

Mais ce que l'on doit faire excellemment pour les mains, ne conviendrait-il pas aussi d'y songer quelque peu pour les vêtements du médecin, pour tout ce qui le touche, et qui peut à ce compte-là devenir un poste avancé pour une infinité de ferments révolutionnaires?... Brrr! brrrr!

Sur les micro-organismes des salles de la Clinique chirurgicale de Rome, par M. le professeur Durante. (In *Riforma medica*, n° 74.) — Le savant professeur de clinique de l'Université romaine désirait savoir à quelle hauteur de l'atmosphère d'une salle de chirurgie s'accumule le plus grand nombre d'organismes inférieurs, afin de pouvoir donner une direction spéciale et vraiment scientifique aux courants d'air des salles de la Polyclinique de Rome.

On plaça, à cet effet, un certain nombre de terrains de culture préparés avec diverses substances, et on les échelonna en hauteur de distance en distance. On constata que c'était à 1 mètre au-dessus de la tête des malades que l'on recueillait le plus grand nombre d'hyphomycètes qui diminuaient, par contre, au fur et à mesure que l'on s'élevait ou que l'on se rapprochait du sol.

16 sortes différentes de micro-organismes furent ainsi isolées; 9 avaient la forme de micrococci, et parmi ces 9, 6 dissolvaient la gélatine; 7 autres se présentaient comme d'honnêtes bacilles, dont 2 seulement eurent la capacité de dissoudre la gélatine. La propriété pathogène de ces éléments fut établie sur divers animaux. Sur les 12 cultures obtenues, 6 reproduisirent les effets du staphylococcus aureus pyogène, 2, ceux du streptococcus de Fehleisen, et enfin on eut 1 micrococcus qui produisit la septicémie vraie avec œdème, etc. Les 3 autres cultures ne donnèrent aucun résultat.

Utilité du traitement des blessures par seconde intention dans quelques cas spéciaux, par M. le docteur Pasquale Morelli, agrégé, coadjuteur de M. le professeur Galozzi; in *Morgagni*, n° 3. — L'idéal, en chirurgie, c'est la réunion par première intention, et, aujourd'hui, la réalité nous rapproche constamment de ce rêve d'or d'il y a vingt ans, et nous fait connaître des satisfactions que nos pères n'ont même

©BIU Santé

pas entrevues. Est-ce à dire pour cela que l'on puisse toujours obtenir ou même chercher à obtenir cette cicatrisation type? M. le docteur Pasquale Morelli ne le pense pas et relate plusieurs faits de sa pratique où une intervention lente et réfléchie a pu seule sauver quelques malades.

Quatre observations prises dans le service de clinique de M. le professeur Galozzi ne laissent aucun doute sur les effets tardifs de la cicatrisation.

Un blessé reçoit à bout portant un coup de fusil au-dessus de la malléole externe. Il y a fracture comminutive, déchirure des téguments et de toutes les parties molles de la région. Amputation immédiate au lieu d'élection avec réunion aussi parfaite que possible des lambeaux après leur désinfection. Peu de jours après, arthrite suppurée de l'articulation du genou, drainage et désinfection de l'article sans résultats, finalement amputation de cuisse et guérison tardive. Il est évident que ce blessé était resté septicémique après son traumatisme et après sa première amputation, et que les effets de cet état duraient encore au moment de l'ablation de son membre supérieur dont on dut surveiller de très près le travail de cicatrisation, avec toutes les rigueurs de l'antisepsie, mais aussi avec un vaste champ ouvert pour la dérivation.

Le deuxième cas nous fait entendre la gamme ascendante des accidents d'un anévrysme poplité chez un alcoolique. Ligature de la fémorale, puis de l'iliaque externe, enfin suppuration du foyer anévrysmal. Un an après, amputation de la cuisse pour une arthrite suppurée du genou et réunion complète des lambeaux. Le soir de l'opération, hémorrhagie qui oblige à refaire complètement le pansement comme le matin, c'est-à-dire avec affrontement des surfaces cruentées. Douze jours après, mort par pyohémie.... et notre honoré confrère de se désoler de n'avoir pas assez insisté sur la désinfection des lambeaux au lieu de les réunir après l'hémorrhagie secondaire.

Un myosarcome près de l'articulation fémoro-tibiale est enlevé avec difficulté à une jeune fille de 18 ans par M. le professeur Galozzi. Peu de jours après cette opération, il se déclare une arthrite suppurée et des fusées purulentes le long des aponévroses de la jambe et de la cuisse, ce qui force le chirurgien à amputer le membre supérieur par le procédé qu'il a imaginé, c'est-à-dire : taille elliptique permettant d'avoir deux lambeaux, l'un antérieur, l'autre postérieur (cutano-musculo-périostique). Un groupe de vaisseaux n'ayant pu être liés dans le fond de la plaie, on y laisse à demeure deux pinces de Péan, et l'on se borne, après lavage minutieux des lambeaux, à les rapprocher doucement par quelques bandelettes agglutinatives. La plaie finit par guérir, mais avec une lenteur désespérante de plus de deux mois! Il est facile d'admettre que si l'on avait persisté à vouloir obtenir un affrontement exact et par suture des lèvres de la plaie, et malgré le drain du fond de la plaie, on aurait eu pour ce sujet les mêmes accidents que pour le cas précédent, les deux individualités étant les mêmes au point de vue septicémique.

Autre amputation de l'avant-bras sur un jeune homme de 18 ans, qui s'enlève une partie de la main en tirant le jour de Noël, en signe de réjouissance, des coups de fusil avec une vieille espingole du temps d'Ambroise Paré, laquelle éclate et blesse l'imprudent. Amputation tardive de l'avant-bras alors que la gangrène était déjà dans la place; au bout de quelques jours, malgré une antisepsie rigoureuse, douleur dans le moignon, fièvre, etc., il faut refaire le pansement complètement et insister sur les précautions listériennes; cette foi, la guérison suivit sans incidents.

D'où les conclusions de M. le docteur Morelli, qu'on ne doit tenter la réunion par première intention que sur des organismes relativement sains, du moins sur ceux qui n'ont pas encore eu de répercussion des affections pour lesquelles une opération est devenue indispensable. Dans les cas suspects en face de tares non douteuses, il est prudent de ne demander à la cicatrisation qu'une manifestation secondaire... N'est-ce pas, cette fois, pêcher par trop de crainte et doit-on trembler si fort quand l'on sait appliquer avec méthode et dans tous ses détails les merveilleuses méthodes de pansement dont la chirurgie est à bon droit si fière aujourd'hui? — MILLOT-CARPENTIER.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 11 juin.

Représentation des attitudes de la locomotion humaine au moyen de figures en relief, par M. Marey. — « En présentant l'an dernier devant l'Académie une série de figures en relief d'un oiseau qui vole, j'ai pensé que cette représentation du mouvement était la seule qui pût en donner une idée complète. Aussi je souhaitais vivement de voir appliquer la même méthode pour traduire les mouvements de l'homme et des animaux avec toutes leurs phases successives. On sait que la photochronographie donne pour les constructions de figures en relief tous les documents nécessaires. M. Engrand a accepté de représenter un coureur du pas de course d'après des images instantanément synchrones qui le montrent sous des aspects différents. L'une de ces images était donnée par un appareil placé verticalement au-dessus du coureur à une hauteur de douze mètres. La statuette que je présente suffit déjà pour montrer le parti qu'on peut tirer de ce mode de représentation dont la fidélité est parfaite.

J'espère que bientôt des objectifs plus puissants que ceux dont je dispose, permettront, d'après le modèle des épreuves, d'apprécier l'état d'action ou du repos des différents groupes musculaires, comblant ainsi une lacune de la physiologie des mouvements. »

Sur les défauts de centrage des surfaces réfringentes de l'œil humain, par M. Tocherning. — « Je propose de prendre comme mesure de la décentration l'angle que forme l'axe du cristallin avec une ligne passant par le point d'intersection de cet axe avec la cornée et le centre de courbure de celle-ci.

Or, les surfaces de l'œil humain ne sont jamais exactement centrées, mais le décentrage est souvent peu considérable. Lorsqu'il est très marqué, le centre de courbure de la cornée se trouve généralement dans le même plan vertical que l'axe du cristallin, mais au-dessous de celui-ci.

Dans les yeux que j'ai examinés, les valeurs les plus grandes de l'angle mesuré étaient comprises entre 2° et 3° et l'axe du cristallin passait de vingt-cinq à cinquante centièmes de millimètre au-dessus du centre de la cornée. »

Faits pour démontrer l'innocuité de l'ouverture du crâne et les ressources qu'elle offre pour la thérapeutique, par M. Just Lucas-Championnière. — « On sait que la trépanation du crâne est une opération très ancienne, puisqu'on la retrouve au temps préhistorique, et pratiquée un peu partout, puisqu'elle est encore actuellement en usage jusque chez certains peuples sauvages.

Après avoir été employée à outrance et d'une manière abusive, au dix-huitième siècle, elle était tombée depuis lors dans un désordre complet, et par suite elle avait été complètement abandonnée depuis le commencement de ce siècle, lorsque Sédillot a voulu la réhabiliter en la préconisant de nouveau comme opération préventive. D'autre part, les recherches de Broca, de M. Charcot, sur les localisations cérébrales, ont fourni des données précieuses et par suite des indications pour l'application d'une couronne de trépan sur tel ou tel point du crâne, dans le but d'obtenir la guérison de tel ou tel traumatisme, de tel ou tel accident morbide.

C'est ainsi que, grâce aux moyens antiseptiques, j'ai pu, dès 1874, tenter cette opération dans un cas de monoplégie brachiale, et les quinze observations de trépanation que j'ai pratiquées depuis cette époque jusqu'à ce jour, m'ont donné quinze succès, je ne dirai pas tous thérapeutiques, mais tous opératoires. Six fois j'ai appliqué le trépan pour des douleurs insupportables du crâne avec vertiges et mouvements désordonnés, et j'ai obtenu soit un soulagement plus ou moins grand, soit même la guérison dans certains cas. Quatre fois, j'ai fait la trépanation pour des épilepsies vraies, idiopathiques, les résultats, je dois l'avouer, ont été médiocres; dans deux cas, au contraire, d'épilepsie symptomatique, les résultats ont été très bons. Enfin, dans aucun des quinze cas, je n'ai eu d'accident ni suppuration, ni fièvre, pas même chez le malade auquel j'ai enlevé une rondelle osseuse du crâne mesurant huit centimètres dans son plus grand diamètre et trois centimètres dans son plus petit. »

©BIU Santé

COURRIER

ASSEMBLÉE GÉNÉRALE DE L'ASSOCIATION DES MÉDECINS DU RHÔNE. — L'assemblée générale annuelle de l'Association des médecins du Rhône a eu lieu le samedi 26 mai.

M. Renaut ouvre la séance par une allocution vivement applaudie. — Il donne la parole à M. Bouchacourt, vice-président de l'Association générale de France, qui avait, avec MM. Diday, Doyon et Jullien, de Paris, représenté l'Association du Rhône à l'Assemblée générale de Paris. M. Bouchacourt insiste sur l'accueil empressé fait au vœu déposé par l'Association du Rhône, vœu tendant à faire adopter le concours pour toutes les places de médecin d'hôpital. Ce vœu sera discuté et tout fait espérer qu'il sera adopté à l'Assemblée générale de 1889.

Après lecture du compte rendu administratif par le secrétaire adjoint M. Birot, du compte rendu financier par M. Lavirotte, et du rapport de la Commission des finances (M. Odin, rapporteur), l'Assemblée approuve les comptes du trésorier.

L'ordre du jour appelle l'élection d'un président, d'un vice-président (hors Lyon), d'un secrétaire général et d'un secrétaire adjoint.

A l'unanimité des votants, M. Girin est nommé président en remplacement de M. Ollier, démissionnaire; M. Matagrin est réélu vice-président.

Par acclamation, sont élus: secrétaire général, M. Birot, en remplacement de M. Rochas, décédé, secrétaire adjoint, M. Leclerc, en remplacement de M. Birot.

Le bureau de l'Association est donc ainsi composé pour l'année 1888-1889 : MM. Girin, président; Renaut et Matagrin, vice-présidents; Birot, secrétaire général; Leclerc, secrétaire adjoint; Lavirotte, trésorier.

A l'unanimité sont successivement admis comme membres de l'Association: M. le professeur Lacassagne, MM. les docteurs Gangolphe (Michel), Josserand, Reynaud, Favel (de Tarare), Laguaite, Albertin, Blanc (Edouard), Porteret, Rochet, Vallas, Bertoye, Charmeil, Mouisset, Pollosson (Auguste), Riel, Vialleton.

M. Diday, au nom d'une Commission composée du Bureau, de MM. Bouchacourt, Glénard et Diday, donne lecture du rapport présenté à l'Assemblée générale de l'Association, et ayant trait au vœu pour la mise au concours de toutes les places de médecin d'hôpital et l'adaptation de la forme du concours à cette nouvelle destination. L'Assemblée approuve à l'unanimité et sans discussion les conclusions du rapport et en décide l'impression dans les comptes rendus.

La séance se termine par le tirage au sort des nouveaux membres de la Commission administrative, en remplacement de ceux arrivés au terme de leur mandat. Les noms sortis de l'urne sont :

Membres titulaires pour Lyon : MM. Cartier, Glénard père, Jaboulay, Eraud, en remplacement de MM. Hyvert, Glénard (Frantz), Teissier père, Barudel.

Membres suppléants : MM. Joly et Fochier, en remplacement de MM. Cheurlin et Carayon.

Pour l'arrondissement de Lyon : Membres titulaires : Calignon (de Venissieux), Gamet (de Givors), en remplacement de MM. Terver et Grabinski.

Membre suppléant : M. Sainclair (de l'Arbresle), en remplacement de M. Aribaud.

Pour l'arrondissement de Villefranche : Membres titulaires : MM. Chanel (de Tarare), Piérou (de Chazay-d'Azergue), Gelin (de Lentigné), Félissent (de Quincié), en remplacement de MM. Wedrichowski, Gonnet, Bertier, Armand neveu.

Membre suppléant : M. Maffre (de Tarare), en remplacement de M. Armand oncle.

(*Lyon médical.*)

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.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

©BIU Santé

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. G. Sée: Des pseudo-anémiques par intoxication ou virulence (3e groupe). — II. P. Duroziez : Angio-sclérose. — III. Revue des journaux : Emploi du thymol à l'intérieur. — Du chlorure de sodium contre le collapsus cardiaque. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médico-pratique. — V. Formulaire. — VI. Courrier.

Clinique de l'Hôtel-Dieu. — M. le professeur G. Sée.

Des pseudo-anémiques par intoxication ou virulence (3e groupe).

LES INTOXIQUÉS..

Leçon recueillie par M. le docteur G. Schlemmer.

Vous rencontrerez très souvent des individus sur lesquels on aura essayé en vain les médications ferrugineuses les plus variées, parce que le diagnostic d'anémie semble au premier abord devoir s'imposer ici en raison de la pâleur, de la faiblesse, des palpitations et même des souffles qu'on observe chez ces malades. Mais une étude plus attentive de ces sujets vous permettra, la plupart du temps, de rattacher l'insuccès de cette thérapeutique à l'erreur diagnostique originelle, et vous fera reconnaître dans ces pseudo-anémies des troubles particuliers de nature toxique. Il s'agit, en effet, de pseudo-anémiques qui sont intoxiqués, que le poison ait pénétré par la respiration ou par les voies digestives.

Nous n'avons pas à parler ici des gaz impropres à la respiration et qui sont indifférents, comme l'hydrogène et l'azote, ou simplement irritants, comme l'iode, le chlore, l'acide sulfureux et l'ammoniaque, dont l'action porte principalement sur les réflexes glottiques; mais nous avons à étudier maintenant les effets des atmosphères chargées d'oxyde de carbone, d'acide carbonique, et de quelques autres vapeurs toxiques, qui donnent lieu à des troubles divers, confondus trop fréquemment avec ceux de l'anémie ou de la chlorose.

Poisons oxycarbonés. — Cuisines, ateliers, magasins — Les cuisinières, — qui vivent perpétuellement dans une pièce étroite où la combustion du charbon de terre dans les fournaux produit sans cesse de l'oxyde de carbone et de l'acide carbonique et où l'aération prise souvent sur une cour obscure et profonde ne permet qu'une ventilation insuffisante, — éprouvent, en réalité, une intoxication dont l'oxyde de carbone est le principal agent. En se fixant sur les hématies, il donne lieu à une combinaison stable d'oxycarbohémoglobine, qui paralyse les fonctions normales des globules rouges parce qu'elle empêche l'hémoglobine de former ses combinaisons alternatives et lâches avec l'oxygène et avec l'acide carbonique successivement. La pâleur, la faiblesse, les maux de tête, l'altération générale de la santé, ne sont pas le fait d'une simple inanition résultant de l'inappétence et du dégoût qu'on prétend inspirés par la préparation des matières alimentaires.

On retrouve exactement les mêmes phénomènes chez les ouvrières qui

©BIU Santé

vivent entassées dans les ateliers des sous-sols ou dans les arrière-boutiques insuffisamment aérées où elles travaillent le matin et le soir, et parfois même toute la journée au gaz, qui est d'ailleurs nécessaire à certaines manipulations, comme celle des fleurs artificielles, par exemple; c'est l'oxyde de carbone qui est dangereux partout où il y a éclairage au gaz (Gréhant). On ne saurait voir une anémie véritable dans cette pseudo-anémie caractérisée par une altération hématologique spéciale, et qui, rebelle aux traitements ferrugineux, guérit, chez les cuisinières aussi bien que chez les autres intoxiquées, à la suite d'une hygiène mieux entendue, d'une installation plus saine, et surtout d'une aération plus parfaite ou d'un séjour à la campagne.

Bien qu'on l'ait considéré jusqu'à présent comme indifférent et bien qu'il jouisse, sans aucun doute, d'une nocivité infiniment inférieure à celle de l'oxyde de carbone, l'*acide carbonique* n'est probablement pas dénué, lui aussi, de toute propriété toxique, et peut-être n'est-il pas exempt de toute participation dans la production de cette fausse chlorose en particulier. En tout cas, c'est là une question encore à l'étude.

Poisons complexes des mineurs. — On a décrit sous le nom d'*anémie des mineurs* des troubles extrêmement variés; aussi les médecins des mines ne sauraient-ils reconnaître aujourd'hui dans ces affections à allures souvent épidémiques une seule et même maladie. D'autre part, les précautions prises actuellement pour assurer la ventilation réduisent à des quantités extrêmement minimes les proportions d'acide carbonique, d'oxyde de carbone, d'hydrogène carboné ou de sulfure de carbone, dans l'air des galeries, et l'accoutumance compatible avec les proportions si restreintes de ces divers gaz permet de mettre en doute généralement la production d'une pseudo-anémie spéciale d'origine toxique. — Récemment, dans diverses épidémies qui ont éclaté parmi les mineurs, durant les travaux du Saint-Gothard notamment, on a pu rattacher l'origine et la répartition de ces affections à l'existence de certains parasites, tels que des ankylostomes ou des filaires; on a retrouvé depuis lors ces deux parasites en même temps que les symptômes corrélatifs chez des ouvriers vivant à fleur du sol, surtout en Egypte, chez les tuiliers en Prusse.

On ne peut s'empêcher de rapprocher de ces observations les faits d'anémie dite pernicieuse dans lesquels on a constaté la présence d'autres parasites encore (tels que les bothriocéphales, auxquels Botkin a pu rattacher souvent l'origine des cas de ce genre assez fréquemment signalés en Finlande). L'on est conduit ainsi à penser qu'il existe chez les mineurs, en dehors des cas d'anémies vraies qu'on peut rencontrer chez eux comme ailleurs, tantôt des troubles complexes d'origine parasitaire, tantôt aussi peut-être des pseudo-anémies toxiques encore insuffisamment déterminées et imputables à quelque variation imprévue dans la proportion des différents gaz émanés des filons et mêlés à l'air injecté. Quant aux épidémies anciennes, comme celle de 1785 à Schemnitz et celle de 1803 à Anzin, il serait bien difficile d'en conjecturer aujourd'hui la nature d'après les documents publiés alors; mais leur origine parasitaire est loin, en tout cas, d'être inadmissible, et il n'est pas sans intérêt de comparer les symptômes notés dans la plupart de ces cas, avec la pâleur, la faiblesse musculaire, les désordres nerveux, les troubles digestifs et la débilitation générale qu'on observe journellement chez les enfants ou chez les adultes affectés de parasites intestinaux.

BIU Santé

Poisons de l'hémoglobine. — Il est une pseudo-anémie qui se rattache plus nettement à une intoxication d'origine gazeuse ; c'est celle des ouvriers exposés aux *vapeurs de l'aniline et de la série phénilique.* Les troubles qu'a étudiés Bergeron chez les ouvriers qui manient l'aniline, l'acétanilide, la nitrobenzine, etc., consistent dans une apparence anémique contrastant avec la conservation des forces, quelquefois aussi dans la production des désordres gastriques, de céphalées, de vertiges, de syncopes, d'analgésies et d'accidents cérébraux divers ; mais, ce qui caractérise cette intoxication, c'est l'altération des globules rouges qui sont raccornis et dont l'oxyhémoglobine se transforme en métahémoglobine sous l'influence de l'aniline, en même temps que le liquide sanguin s'éclaircit et que les téguments se décolorent.

Poisons minéraux. — Il y a des *poisons minéraux* qui constituent pour la thérapeutique une ressource précieuse, mais dont les effets toxiques ont été confondus trop souvent avec l'anémie véritable pour être passés sous silence dans cette étude des pseudo-anémies d'intoxication.

Dans l'*empoisonnement saturnin,* les reins et le foie sont toujours frappés d'une manière rapide et certaine, et quand la dégénérescence graisseuse atteint la glande hépatique, — qui constitue, ainsi que l'a démontré M. Bouchard, une barrière entre l'organisme et les poisons absorbés dans les intestins, — la lésion s'étend aux divers organes, et notamment aux muqueuses des voies digestives dont les glandes subissent la dégénération graisseuse et dont la couche muqueuse s'atrophie, tandis que le tissu aréolaire sous-muqueux s'épaissit ; à ces altérations qui entravent la nutrition se rattachent l'amaigrissement, la faiblesse, la déchéance générale et, en particulier, l'émaciation qui affecte à la fois les muscles et les tissus adipeux. Mais l'une des actions primordiales du plomb porte sur les vaisseaux où l'on constate une exagération considérable de la tension sanguine, avant tout autre symptôme d'intoxication, avant même toute colique saturnine, et ce caractère particulier révèle le dépôt primitif du plomb soit dans les parois vasculaires, soit dans les filets vaso-moteurs ou dans leurs noyaux centraux. Aussi, comme l'indiquent déjà la coloration grisâtre ou souvent subictérique de la peau et le liséré plus ou moins constant des gencives, il ne s'agit pas ici d'une anémie véritable ; et s'il y a concurremment une diminution de l'hémoglobine et des globules rouges dont les formes peuvent être altérées légèrement, les lésions spéciales des organes, ainsi que les symptômes généraux et les troubles digestifs en particulier, suffisent à différencier cette pseudo-anémie toxique.

On a dit que la *médication mercurielle* était une cause d'anémie, et on a même été jusqu'à en interdire l'usage aux anémies syphilitiques ! Une pareille proscription ne peut être que le résultat d'une confusion. A l'hospice des Capucins, qui est devenu aujourdhui l'hôpital du Midi, j'ai vu soumettre les syphilitiques aux émanations mercurielles, pendant une quarantaine de jours, dans une salle spéciale où ils étaient imprégnés sans cesse de ce médicament, et je les ai vus sortir de là, non pas anémiés, mais guéris. D'autre part, Hallopeau, dans sa thèse d'agrégation sur le mercure, a montré que, chez les syphilitiques sous l'influence du traitement hydrargyrique, les globules rouges, loin d'être altérés, reprenaient, au contraire, en peu de temps leurs caractères normaux et leur nombre physiologique, préalablement altérés par la pseudo-anémie résultant de la syphilis et non du mercure, auquel on l'a faussement attribuée. Loin de redouter une

©BIU Santé

action fâcheuse de la médication hydrargyrique sur les éléments du sang, vous vous garderez donc bien de vous priver de cette ressource inestimable qui, en débarrassant les syphilitiques de leur maladie, augmente l'hémoglobine (Galliard), les guérit par cela même de leur pseudo-anémie, et qui ne saurait être en aucune façon suppléée par l'iodure de potassium dont la prescription répond à des indications toutes spéciales.

L'*intoxication arsenicale* ne peut guère avoir d'action sur le sang : seul, parmi les composés arsenicaux, l'hydrogène arsénié peut réduire une solution d'oxyhémoglobine lorsqu'il est en contact direct avec elle; mais, dans l'organisme, rien de semblable ne se produit, et, même dans ses intoxications expérimentales, Raymondi n'a trouvé que des altérations hématiques insignifiantes, consistant dans une légère diminution des globules rouges, dans une augmentation peu considérable des leucocytes et dans une forme un peu irrégulière des éléments figurés du sang. D'ailleurs, les animaux à sang blanc sont tout aussi compromis que les animaux à sang rouge par cette intoxication, bien que leur sang n'offre aucune trace d'altération. Quant à l'albumine, elle ne forme, en présence de l'arsenic ou de ses sels, aucun albuminate. Seulement, en étudiant comparativement au point de vue de leur toxicité respective l'acide arsénieux et l'acide arsénique, Binz est arrivé à montrer que leur influence est exactement pareille, attendu que, dans l'organisme, l'acide arsénieux se transforme en acide arsénique, et réciproquement; ces alternatives d'oxydation et de réduction qui s'opèrent aux dépens des échanges nutritifs incessants du protoplasma des cellules glandulaires, des cellules nerveuses, des cellules vasculaires, etc., finissent par entraîner la dégénérescence de ces éléments. Poison *stéatogène des reins et du foie* principalement, l'arsenic porte aussi son action sur d'autres organes, et le tube digestif est l'un des premiers affecté.

Dans l'empoisonnement lent, en particulier, on n'observe aucun symptôme d'anémie, mais on voit à l'appétit, d'abord surexcité, succéder une anorexie accompagnée d'une sensation pénible de pression épigastrique à la fin des repas, puis un dessèchement de la muqueuse bucco-pharyngienne, des nausées, des vomissements, de la diarrhée, et à l'inanition qui en résulte s'ajoute la dénutrition générale qui envahit bientôt l'ensemble des organes. La peau prend alors un teint gris verdâtre et devient le siège d'éruptions souvent ulcéreuses, et l'œdème, d'abord palpébral, se généralise à la fin. On a remarqué parfois, dès le début du dépérissement, une toux sèche accompagnée de crachats sanguinolents et de dyspnée; cette respiration rapide coïncide avec une accélération du pouls et une élévation de la température vespérale, puis avec des symptômes d'hecticité, et ces faits méritent d'être signalés, parce qu'ils peuvent être le point de départ d'une confusion entre cet empoisonnement chronique et une infection tuberculeuse.

Salkowsky a montré que l'arsenic, en altérant le foie, enraye la fonction glycogénique (comme le fait aussi l'antipyrine d'après les récentes expériences de M. Lépine) et que la piqûre du plancher du quatrième ventricule ne provoque plus la glycosurie chez les animaux arseniqués. Mais les expériences de Bimmermann, d'après lesquelles une glycosurie produite préalablement par la piqûre du quatrième ventricule ne cesse pas sous l'influence d'un empoisonnement arsenical, montrent clairement que l'utilité

© BIU Santé

de la médication arsenicale, dans le diabète, constitue une question encore insuffisamment élucidée aujourd'hui.

Quoi qu'il en soit de ces tentatives thérapeutiques, qui jusqu'ici ont souvent échoué, rappelez-vous que l'arsenic, absorbé à fortes doses, produit assez rapidement la dégénérescence du foie et que le poison, pénétrant dès lors sans obstacle dans l'organisme, y détruit la matière glycogène et entraîne la dénutrition générale, contrairement à ce qu'on observe sous l'influence des doses faibles dont l'administration n'est pas trop prolongée, et souvenez-vous aussi qu'en tout cas l'intoxication arsenicale ne porte pas sur les éléments constituants du sang, et diffère ainsi essentiellement des anémies vraies; les doses toxiques qui constituent l'arsenicisme sont des moyens de dénutrition générale plutôt qu'une cause d'anémie.

Angio-sclérose (1).

Communication faite à la Société de médecine de Paris dans la séance du 25 février 1888.

Par le docteur P. Duroziez.

Parfois nous trouvons de véritables anévrysmes des veines qui se laissent dilater comme le font les artères.

Neveu, 55 ans. Nous la voyons le 19 juin 1885; elle meurt le 8 octobre; elle lutte près de quatre mois. Elle a eu plusieurs rhumatismes articulaires aigus. On est frappé dès l'abord par le développement des jugulaires avec pouls systolique. Le foie bat. Piaulement systolique au niveau du sternum. Claquement inguinal systolique. Souffle à la pointe. Pouls développé, régulier.

21 juin. — Pouls veineux considérable. Claquement crural systolique variant avec la respiration. Battement hépatique. Souffle considérable, systolique à gauche, piaulant à droite, ne passant pas en arrière. Pas de premier claquement. Second claquement dédoublé. Souffle au deuxième temps d'insuffisance aortique. Pouls 88, développé, un peu irrégulier, assez égal.

24 juin. — Remarquable par le pouls veineux et par la dilatation des veines jusqu'à la fosse temporale, on croit voir des battements artériels et cependant on sent mal les carotides. Claquements veineux. Pouls 120, assez vibrant, inégal, irrégulier. A l'aine, sans compression, on entend un seul claquement, jamais deux. Pas de double souffle par compression. Souffle systolique énorme en avant, à gauche et à droite; en arrière, on entend le souffle, mais beaucoup moindre qu'en avant. En haut du cœur, il apparaît un peu de roulement au deuxième temps. En bas du sternum, souffle au deuxième temps variable. Le cœur bat mal; pas de battement détaché de la pointe. On entend les claquements plus en haut qu'en bas, plus à gauche qu'à droite. Le souffle appartient surtout à la tricuspide.

25 juin. — Claquement veineux crural très irrégulier, se séparant par son irrégularité du claquement artériel, qui n'est pas rare aussitôt que l'impulsion est un peu vive; aucune trace du double souffle crural; l'artère bat peu. Mouvements veineux au cou avec claquements irréguliers. Au niveau du sternum, double souffle avec souffle intermédiaire d'insuffisance de la tricuspide. A gauche, souffle très fort d'insuffisance mitrale.

27 juin. — Battement veineux systolique du cou sans battement présystolique. Battement systolique du foie qui dépasse le rebord des fausses côtes de quatre travers de doigt et n'est pas douloureux à la percussion. Souffles cardiaques; en arrière, souffle systolique. Claquement crural variable.

28 juin. — Pas d'œdème. Souffle très fort à gauche, passant en arrière plus à gauche qu'à droite. Mouvements et bruits compliqués sous le sternum; double souffle profond,

(1) Suite et fin. — Voir les numéros des 31 mai et 16 juin 1888.

©BIU Santé

souffle systolique d'insuffisance tricuspidé; mouvements de l'oreillette. Au cou, pas de claquement, pas de souffle. A l'aine, un claquement très net au premier temps, malgré le peu d'impulsion de l'artère; claquement irrégulier, inégal, systolique. Pouls 112, inégal, irrégulier. Peu de son en bas de l'abdomen. Elle ne descend pas au jardin. Elle ne prend pas de digitale depuis quatre jours.

12 juillet. — Claquement crural systolique, irrégulier, variant avec la respiration; pas de claquement présystolique. Au cou, jugulaires développées et battantes; les battements se voient jusqu'au niveau de la parotide; on voit battre les veines au-devant du larynx; on sent derrière le battement veineux le pouls carotidien, un pouls plus choquant qui n'est pas régulier; le golfe ne se forme pas au cou; les valvules sont insuffisantes. Pouls hépatique très net; foie très gros. Absence remarquable de la présystole. Pâleur. Pas d'œdème en haut. Malade très facile, très douce.

13 juillet. — Claquement crural. Au cou, on sent l'impulsion de l'artère, variable. Bruits confus au cœur. Analyse impossible.

28 août. — A peu près même état. Œdème des jambes et du bras droit, non de la main. Bruits considérables et variés au cœur. Souffle au premier temps, sternal, tricuspidien. Souffle au deuxième temps d'insuffisance aortique; roulement de rétrécissement mitral.

Je la voyais fréquemment sans prendre de notes; l'état restait le même. Elle meurt le 8 octobre.

Autopsie. — Le cœur n'est pas très gros; hypertrophie concentrique du ventricule gauche. Rien au péricarde. Dilatation modérée de l'oreillette droite, sans hypertrophie. Dilatation de la veine cave inférieure avant son abouchement dans l'oreillette; le sphincter est forcé et permettait le reflux du sang; le sphincter de la veine cave supérieure ne présente pas la même disposition. Trou de Botal fermé par une membrane jaune, unie. Tricuspide un peu épaissie; orifice dilaté. Oreillette gauche blanche à l'intérieur, dilatée. Mitrale épaissie; orifice ne laissant pas passer le petit doigt. Sigmoïdes épaissies, insuffisantes. Aorte athéromateuse, non calcaire. Poumons, foie, reins congestionnés.

Remarques. — La dilatation anévrysmale de la veine cave inférieure est remarquable. Est-elle due au rétrécissement mitral seul? Nous ne le pensons pas. La lésion de la tricuspide est évidente; l'insuffisance est en partie due à cette lésion, et la dilatation des veines est plus accentuée qu'on ne la rencontre d'habitude dans l'insuffisance tricuspidienne, il faut admettre une prédisposition particulière; nous ne contestons pas l'influence déterminante de l'insuffisance de la tricuspide.

Nous avons rapporté, dans le tome XI du *Bulletin de la Société de médecine de Paris* (1877), une observation intitulée : *Battements du foie; dilatation énorme des veines hépatiques; déchirure de la tricuspide; adhérence du péricarde; atrophie rouge du foie.*

La veine cave inférieure s'élargit en un lac énorme au niveau des veines hépatiques, énormes elles-mêmes. L'ascite est considérable, sans œdème des membres, sans albumine. Nous voyons ici un véritable anévrysme veineux.

Anévrysme d'une sigmoïde pulmonaire. Emphysème. — Bourdet, 55 ans, tourneur en fer, entre le 11 décembre 1856; 4 janvier 1857.

Non vacciné, variolé dans son enfance. Il tousse depuis longtemps. Il y a deux mois, il a cessé de travailler parce qu'il se sentait très faible et que la respiration lui manquait. Dans les derniers jours, les jambes ont été enflées le soir. Ni dévoiement, ni sueurs. La poitrine est bombée en avant et en arrière; la résonance est augmentée. Râles sibilants et ronflants avec quelques bulles de râle sous-crépitant. Bruits du cœur obscurs.

18 décembre. — Œdème des jambes. Râles nombreux. Les espaces intercostaux sont

CIU Santé

effacés. Région précordiale saillante. Crachats albumineux, un peu sanglants. Matité précordiale augmentée. Pas d'impulsion. Bruits un peu lointains. Bruit de râpe au premier temps. Vésicatoire sur le cœur. Une pilule d'opium 0,03, deux bouillons, deux potages.

19 décembre. — Un vésicatoire.

20 décembre. — Il a arraché son vésicatoire. — Soir : On ne sent pas le cœur à la main. Suffocation. Matité très étendue. On n'entend pas les claquements. Emplâtre stibié.

24 décembre, soir. — Pouls 96, régulier. On entend difficilement les claquements à la pointe. On entend bien le deuxième claquement sous le sternum. Pas d'impulsion à la main. Pas de son en arrière à droite. Râles sibilants des deux côtés. Râles sous-crépitants à la base gauche. Foie assez gros.

25 décembre. — Matité précordiale augmentée depuis hier. Pouls régulier, assez développé. — Soir : Pouls régulier. Cœur gros. Bruits toujours difficiles à entendre, excepté sous le sternum. Toux fréquente.

26 décembre. — Il a un peu dormi.

27 décembre, soir. — Matité précordiale considérable. Pouls régulier. On entend les claquements un peu sourds. On ne sent pas les battements. Pas de souffle respiratoire. Râles. Peu de son, surtout en arrière à gauche.

29 décembre, soir. — Pouls inégal, irrégulier; 14 centimètres de matité. On ne sent pas l'impulsion du cœur. Au bas du sternum, on distingue les claquements. Respiration difficile.

30 décembre, soir. — Pouls 84. Quelques irrégularités. Matité considérable. Pas d'impulsion. Pas de bruits.

31 décembre. — On sent un peu les battements. On entend deux bruits râpeux.

2 janvier, soir. — Pouls irrégulier.

Mort le 5 janvier.

Autopsie. — Œdème des jambes surtout. Adhérence du poumon, surtout à gauche. Cœur gros. Plaques péricardiques saillantes. Saillie de l'artère pulmonaire et du ventricule droit. Hernie au niveau des sigmoïdes pulmonaires. Une des sigmoïdes a un cul-de-sac dans le fond. L'artère pulmonaire est injectée; les sigmoïdes sont très larges, fines du reste. La mitrale et la tricuspide sont un peu épaisses. Les poumons sont engoués, congestionnés, carnifiés. Rate piquetée de blanc et de noir. Foie rebondi, épais, globuleux, très ferme, très dur, ne se laissant pas pénétrer par le doigt. Reins très fermes, ne se laissant pas pénétrer par le doigt, un peu jaunes. Un tubercule, gros comme une noisette, fait saillie à la surface de la capsule surrénale gauche. Rien de gros à la droite.

Ces faits sont des exemples des lésions variées qu'on peut rencontrer dans le système veineux. Nous trouverions l'angio-sclérose généralisée chez les gens âgés. Notre but est surtout d'appeler l'attention sur le système veineux un peu négligé.

En résumé, on a trop sacrifié aux artères et à l'artério-sclérose; il semble qu'il n'y ait pas d'autres vaisseaux que les artères; il y a les veines et les vaisseaux lymphatiques dont la libre circulation importe beaucoup; nous laissons de côté les autres conduits, conduits biliaires, uretères, etc. On ne fait pas aux veines l'honneur de l'examen, si ce n'est dans la phlébite utérine où les veines et les lymphatiques reprennent le premier rang et se rendent redoutables. On note avec soin le pouls artériel; on n'indique pas l'état des veines qui trahit mieux l'essence de la constitution que ne le fait l'état des artères. Peut-être a-t-on le tort d'exiger, pour admettre la lésion des veines, des altérations trop massives; on connaît cinq ou six cas de pyléphlébite, cela me paraît bien exigu.

L'angio-sclérose est aussi fréquente que l'artério-sclérose; la phlébosclérose ne peut pas être négligée.

©BIU Santé

REVUE DES JOURNAUX

Emploi du thymol à l'intérieur, par M. Henry. — Ce médicament antiseptique agirait utilement dans la fièvre typhoïde pour abaisser la température, diminuer les troubles intestinaux et atténuer l'excitation cérébrale. M. Henry admet qu'il neutralise les ptomaïnes, et l'administre en pilules avec un excipient de savon médicinal. Quatre pilules de 35 centigr. sont prescrites chaque jour, et de préférence en quatre prises. Cet antiseptique aurait l'avantage de posséder seulement une faible toxicité. (*Med. News* et *Revue de l'antipyrine*, 1.)

Du chlorure de sodium contre le collapsus cardiaque, par M. Rosenbusch. — La solution contient 6 p. 100 de sel marin et une goutte de potasse caustique. Ce liquide doit être filtré et bouilli.

L'auteur injecte 10 à 40 grammes de cette solution et observe, quelques minutes après, une augmentation des battements du cœur. Les indications de cette méthode sont les suivantes : S'agit-il de collapsus rapide, il administre 20 à 30 grammes de cette solution dans les vingt-quatre heures. La faiblesse cardiaque est-elle consécutive à des efforts de vomissements ou bien à la diarrhée, il fait usage de 500 à 1,500 grammes de la solution de chlorure de sodium de Cantani, qui renferme 3 grammes de carbonate de soude et 4 grammes de chlorure de sodium. Pour combattre le collapsus consécutif des hémorrhagies stomacales ou pulmonaires, il administre 20 à 40 grammes de la solution, quotidiennement, et diminue la dose de moitié quand le collapsus cardiaque a pour cause une affection chronique ou la cachexie. (*Berlin. klin. Wochens.* et *Courrier médical.*) — P. C.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 octobre. — Présidence de M. Polaillon.

Sommaire : Amputation inter-scapulo-thoracique. — Kyste hydatique de la face inférieure du foie. — La cystotomie sus-pubienne dans l'hypertrophie de la prostate. — De la suture primo-secondaire des plaies.

M. Segond dépose une observation de M. Jamin relative à un cas d'impuissance guéri par l'opération d'un varicocèle.

— M. Berger lit un rapport sur une observation de M. de Leyde. Il s'agit d'une amputation inter-scapulo-thoracique pratiquée pour une tumeur sarcomateuse de l'épaule ayant débuté dans l'extrémité supérieure de l'humérus. L'auteur employa le procédé Farabeuf-Berger; le premier pansement fut pratiqué le quinzième jour, et huit jours après le malade était guéri. Jusqu'à présent (neuf mois après l'opération), il n'y a pas de récidive. C'est là un très beau résultat, car la tumeur récidive souvent quand on se contente de la désarticulation de l'épaule; l'enlèvement tardif de l'omoplate est aussi suivi d'une repullulation rapide. Il faut donc, dès qu'il y a un envahissement assez grand, opérer largement dès le début.

M. Berger fait une série de rapports sur des communications de M. Rohmer (de Nancy). Le premier a trait à une observation de kyste hydatique de la face inférieure du foie ayant envahi toute la cavité abdominale. Le chirurgien employa l'incision suivie de drainage, et la malade guérit en deux mois.

La cystotomie sus-pubienne, dans le cours de l'hypertrophie de la prostate, fait le sujet du deuxième rapport. Un malade souffrant de dysurie prostatique eut recours au cathétérisme fréquent. A la suite d'une fausse route, le passage des sondes devint de plus en plus difficile, puis bientôt impossible. On recourut alors à la ponction exploratrice. Pour ne pas les répéter indéfiniment, M. Rohmer recourut à la cystotomie sus-

© BIU Santé

pubienne. On mit une sonde à demeure et un tube de caoutchouc dans la vessie. La sonde n'étant pas supportée, l'incision sus-pubienne fut transformée en fistule par une canule.

Il existe à peine quelques cas, dans la science, de cystotomie sus-pubienne pratiquée pour l'hypertrophie prostatique. Cette opération est préférable à la ponction vésicale suivie de l'établissement d'un tube à demeure, car on est exposé alors à l'infiltration prévésicale.

M. Berger, dans les quatre ou cinq cas de dysurie prostatique dans lesquels il a été obligé de recourir à la ponction vésicale, a toujours vu le cathétérisme devenir possible peu après. M. Rohmer pense que l'on pourrait peut-être, par la voie sus-pubienne, opérer les hypertrophies prostatiques. On pourrait, dans certains cas, faire une petite intervention, enlever un lobe moyen, par exemple, mais il sera bien difficile de tenter davantage.

L'auteur a eu une certaine peine à fistuler la vessie; on pourrait employer la suture de la vessie aux téguments de la paroi dans une certaine étendue.

Le troisième mémoire de M. Rohmer concerne la suture primo-secondaire des plaies, mode de pansement que Jobert (de Lamballe), puis, récemment, Kocher (de Berne) ont préconisé. Immédiatement après l'opération, l'hémostase étant faite et les sutures placées, on tamponne la plaie. On attend alors le tarissement du suintement et on tente une réunion primitive retardée. Kocher a érigé cette méthode en règle générale et a fait jouer un grand rôle à l'emploi du sous-nitrate de bismuth en suspension. M. Rohmer s'est servi du sublimé, de l'iodoforme, etc. Il met dans le fond de la plaie un protective pour empêcher des adhérences pénibles, puis placée par-dessus des éponges aseptiques; ensuite, on tamponne exactement les environs de la plaie et on comprime le membre. On lave après douze, vingt-quatre et quarante-huit heures, et on fait les sutures. L'auteur a envoyé le résumé de 12 grandes opérations pansées de cette manière. Il a eu des accidents plus ou moins graves dans 6 cas : désunions plus ou moins étendues, abcès, érysipèle.

Le seul avantage de la pratique que soutient M. Rohmer serait la suppression des tubes à drainage que l'on a accusés de provoquer la suppuration. Mais ils ne la produisent jamais s'ils sont aseptiques et si on ne les laisse pas trop longtemps. Les inconvénients de la suture primo-secondaire sont nombreux; le principal est la nécessité d'un pansement rapproché, pénible pour le malade, nécessitant parfois le chloroforme et pouvant provoquer un suintement de retour. Cette suture tardive peut cependant être adoptée dans des plaies anfractueuses, irrégulières, où le suintement en nappe persiste; mais, en réalité, elle n'offre pas d'avantage sérieux sur la réunion primitive avec drainage.

M. Lucas-Championnière fait de nombreuses objections à la méthode. Elle force à une deuxième opération, ce qui peut être très difficile à cause du temps limité que l'on a à y consacrer, quand on dirige un grand service. Ensuite tout cela est compliqué et ne sert à rien, la suppression du drainage n'active pas la guérison, sauf peut-être quand le champ traumatique est très peu étendu.

Quand il y a une grande plaie, la fermeture complète n'offre que peu d'avantages. Ni M. Kocher, ni M. Rohmer n'ont eu des résultats bien satifaisants.

L'orateur dit avoir obtenu de très beaux succès, depuis deux ans surtout, par l'emploi de l'ouate de tourbe. Il a pu, en l'employant, panser, au bout de vingt-deux jours, une résection du genou sans trouver une goutte de pus autour des tubes. Quand on a ces résultats, il n'y a pas grand avantage à faire disparaître complètement l'écoulement. On peut étendre l'usage de l'ouate de tourbe à toutes les opérations.

Quelques grandes opérations, qu'il a faites sans drainage, ne lui ont pas donné beaucoup de satisfaction.

Donc, comme dans les grandes interventions, il faut faire deux opérations distinctes : que la cicatrice n'est pas beaucoup plus belle, que les chances d'accidents ne sont pas moindres, il faut renoncer à la pratique de M. Rohmer.

M. Le Dentu pense comme M. Lucas-Championnière. Il faut toujours, quand on le

©BIU Santé

peut, opérer en une seule séance, car une nouvelle intervention ne peut qu'exposer à des dangers nouveaux. Le drainage, bien manié, peut donner d'excellents résultats.

M. Richelot a essayé la suture secondaire dans un cas d'amputation de l'avant-bras. L'hémostase ayant été faite avec soin, il a placé les fils et a laissé la plaie ouverte. Le lendemain, au moment du pansement, il trouva un épanchement sanguin entre les lèvres de la plaie et ne put réunir malgré la striction des fils. Le malade souffrit beaucoup et il n'y eut pas de réunion; la plaie fut aussi longue à se cicatriser qu'avec un pansement antiseptique ouvert. D'une manière générale, le drainage ne prolonge pas la durée de la réunion; le lendemain du jour où on enlève les drains, le trajet est cicatrisé, quand la plaie est aseptique.

M. Schwartz s'oppose aussi au mode de pansement de M. Rohmer, qui multiplie les chances d'infection. Les drains ne prolongent nullement le temps nécessaire pour la réunion.

M. Quénu a fait de petites opérations sans drains, par exemple un genu valgum, un fibrome du sein. Souvent les résultats ont été simples; dans d'autres cas, sans infection de la plaie, il a observé, vers le dixième ou onzième jour, une exsudation séro-sanguinolente du foyer opératoire, puis la perforation de la cicatrice. Dans quelques cas, il peut y avoir intérêt à ne pas réunir immédiatement. C'est ainsi que M. Quenu a eu, il y a peu de temps, occasion d'observer une plaie du frontal, avec ouverture du sinus, enfoncement de la paroi postérieure et compression du cerveau. Après l'enlèvement des esquilles, et la perte de sang étant considérable, il bourra la cavité du sinus avec de la gaze iodoformée. Le lendemain, la suture fut faite, et, actuellement, le malade est en bonne voie de guérison.

M. Pozzi fait remarquer que le tamponnement méthodique a été employé d'abord par Bergmann. Il offre des avantages dans l'extirpation des tumeurs et dans les plaies anfractueuses. Kocher place ses points de suture d'avance, tandis que Bergmann repousse cette pratique.

M. Le Dentu insiste sur ce point qu'il ne faut pas rapprocher des faits dissemblables. Il n'y a pas de comparaison à établir entre une plaie plate et une plaie anfractueuse. Même dans ce dernier cas, quand l'hémostase est difficile, on peut faire une suture superficielle partielle en laissant un trou suffisamment large pour retirer les tampons profonds. A la face, cette manière d'agir peut être utile.

M. Pozzi pense que, lorsqu'on est en présence d'une plaie anfractueuse à hémostase difficile et que l'on craint un épanchement, on peut faire le tamponnement; puis, quand ce danger est écarté, on suture le plus exactement possible.

M. Lucas-Championnière admet avec tout le monde que l'on peut faire des opérations en deux temps. Mais il s'agit, dans la discussion, d'un pansement systématique particulier appliqué à des opérations ordinaires.

M. Quénu n'a voulu parler aussi que de cas spéciaux.

M. Berger tient à montrer que les résultats de M. Rohmer n'ont pas été aussi mauvais qu'on l'a dit. M. Richelot, dans son observation, a vu un caillot s'opposer à la réunion secondaire; c'est peut-être dans ces cas qu'il faudrait prendre un peu de la pratique du chirurgien de Nancy. Il n'y a pas de raison pour substituer d'une manière générale la réunion primo-secondaire à la réunion avec drainage. Un petit nombre d'opérations peu considérables peuvent être faites sans l'emploi des drains, quand on craint la déformation par exemple.

— M. Terrier montre une canule à trachéotomie.

— M. Le Dentu présente une tumeur de la région sus-hyoïdienne qui paraît être soit un cancer de l'os hyoïde, soit une production maligne ayant pris son origine dans les tissus fibreux qui s'attachent à la partie antérieure de cet os. — P. C.

©BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICO-PRATIQUE

Avril 1888.

M. le docteur Tripet lit une observation de *fibro-myome sous-péritonéal pris pour une antéflexion utérine*. Il s'agit d'une dame âgée de 38 ans, chez laquelle M. le docteur Tripet, assisté de M. Martineau, reconnut l'existence d'une cellulite pelvienne avec adhérences dans le cul-de-sac gauche, métrite chronique et antéflexion utérine. Au bout de quelques mois, un traitement bien suivi amena la diminution de tous les symptômes, et l'hystéromètre permit de constater de nouveau l'antéflexion. Cependant bientôt les règles augmentèrent d'abondance, il apparut de vraies ménorrhagies et un nouveau toucher permit de constater l'existence, en avant de l'utérus, d'une petite tumeur très mobile, de la grosseur d'une mandarine et paraissant indépendante de l'organe. Pour expliquer l'erreur commise à un an de distance, on peut admettre que les choses se sont passées de la façon suivante : Lors du premier examen à l'hystéromètre, après la résorption de l'engorgement péri-utérin, l'instrument venait buter contre le fibrome encore interstitiel, tandis qu'au moment du second examen la tumeur était devenue, par son évolution, sous-péritonéale.

— M. Schwartz fait une importante communication sur la *glossodynie et son traitement par le thermo-cautère*. Il a appliqué ce traitement avec succès dans deux cas. Dans le premier, il s'agissait d'un homme de 40 ans, arthritique et ressentant des douleurs à la partie antérieure et au côté gauche de la langue. Tout ayant échoué, des attouchements superficiels au thermo-cautère furent suivis de guérison. La seconde observation concerne une femme de 35 ans, souffrant atrocement, et à laquelle la cautérisation put seule rendre le repos.

M. Schwartz est donc d'avis qu'il faut en arriver rapidement à la cautérisation ignée directe pour modifier l'état du tégument lingual et combattre ces manifestations douloureuses dans les faits analogues.

— M. Reliquet rapporte un cas de *tuberculose aiguë de la prostate* chez un jeune homme de 19 ans. Douleurs de l'anus, du méat urinaire, en marchant, en allant en voiture, en urinant et et surtout après avoir uriné. Elancement persistant dans le gland et au-dessous de lui. Impossibilité de retenir l'urine par moment, etc. L'exploration attentive permet de constater qu'il n'y a de douleur qu'au niveau de la prostate et du col et que la lèvre inférieure de celui-ci est élevée. Par le toucher rectal, on a la sensation que tout le côté gauche de la glande est comme rempli de graisse. Quelques jours après, on trouve dans l'urine un caillot sanguin qui, écrasé, colore le liquide en masse. La maladie a marché rapidement et la tuberculose a envahi le poumon. Il faut noter que le père du malade était mort de phthisie quelques mois avant sa naissance.

— M. Desnos communique un fait de *corps étranger de l'urèthre*. Le malade dit avoir introduit dans le canal un tuyau de pipe qui s'y est brisé, cette manœuvre ayant pour but de faciliter la miction. Le corps étranger est en bois un peu carbonisé et terminé par un bout d'ambre; il n'a d'abord que peu gêné la miction et était assez mobile dans l'urèthre. Des érections assez fréquentes occasionnaient de vives douleurs. Au moment où le malade consentit à l'extraction, le corps étranger était dans la région périnéale; l'extrémité antérieure était située en arrière des bourses; quant à l'extrémité postérieure, elle se perdait profondément et n'était retrouvée qu'à l'aide du toucher rectal. L'opération fut faite à l'aide de l'instrument de Collin et les suites furent excellentes.

Le principal intérêt qui s'attache à cette observation réside dans la remarquable tolérance de l'urèthre. Le corps étranger, qui y est resté dix-huit jours, a à peine déterminé un peu d'uréthrite, un léger suintement qui a été déterminé d'ailleurs par des érections et des manœuvres faites par le malade pour se débarrasser. La facilité de la miction s'explique par ce fait que le canal central du tuyau de pipe laissait un passage suffisant à l'urine. Les migrations en arrière, et surtout en avant, sont plus extraordinaires. On ne peut invoquer comme causes, pour les secondes, que la pression de l'urine.

©BIU Santé

Dans la discussion qui a suivi cette communication, M. Reliquet a émis l'opinion que, si le tuyau de pipe avait été bien supporté, c'est que le malade avait l'habitude de la masturbation intra-uréthrale.

— Nous avons encore à signaler une lecture de M. Ribard relative au *traitement des brûlures par le vitriol*. Il faut, pour obtenir les meilleurs résultats, rendre l'acide le moins concentré possible, c'est-à-dire faire qu'il soit aussi hydraté qu'on le pourra, et ne pas perdre une minute afin d'éviter le contact prolongé, chose d'autant plus importante que l'organe lésé sera plus sensible ou plus utile. Le procédé le plus commode, le plus rapide et le plus efficace est l'eau fraîche appliquée largement. M. Ribard s'élève contre les pansements plus ou moins tardifs appliqués habituellement, et qui, entre autres désavantages, ont celui de laisser à l'acide le temps de désorganiser les téguments. On peut affirmer que, si l'acide avait dans les fabriques les dangers qu'il présente dans la rue, tous les ouvriers seraient infirmes avant peu de temps.

— M. P. Vigier indique le *moyen de clarifier le vin de gentiane rouge*. Le vin blanc est préférable à employer pour la préparation. Le vin rouge se trouble rapidement et perd sa couleur. Il faut alors mêler à un litre de vin trouble 1 gramme de carbonate de magnésie, puis filtrer. L'acide gentianique n'attaque pas le sel magnésien. Il se forme une petite quantité de tartrate de magnésie qui est sans importance. — P. C.

FORMULAIRE

Potion antihémorrhagique. — Monin.

Extrait d'hammamelis		
Teinture de Kino	âà	4 grammes.
Teinture de benjoin		
Hydrolat de cannelle	200	—
Sirop de café	50	—

Mêlez. — Une cuillerée à soupe, toutes les trois heures, pour arrêter les hémorrhagies asthéniques du cancer, des fièvres graves et de la phthisie cachectique. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 11 juin 1888, M. Peyron, directeur de l'administration générale de l'Assistance publique à Paris, est nommé membre du Conseil supérieur de l'Assistance publique.

— Par arrêté, en date du 12 juin 1888, M. Ernest Dupuy, professeur de rhétorique au lycée Henri IV, est délégué dans les fonctions de chef du cabinet du ministre de l'Instruction publique et des beaux-arts, en remplacement de M. Gustave Larroumet, délégué dans les fonctions de directeur des beaux-arts.

Hôpitaux de Lyon. — Le concours pour la place de chirurgien-major de l'Antiquaille vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Rochet.

L'**ÉMULSION MARCHAIS** est la meilleure préparation créosotée. Elle diminue l'expectoration, la toux, la fièvre et active la nutrition. — Dr Ferrand (*Traité de médecine*, 1887.)

VIN DUFLOT (*diurétique*) contre la **Goutte**. — Un verre à Bordeaux aux repas.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Paul Chéron : Les procédés actuels de recherche et de dosage de l'albumine. — Valeur diagnostique et pronostique de la peptonurie et de la globulinurie. — II. Académies et Sociétés savantes : Académie de médecine. — III. Courrier. — IV. Feuilleton : Salon de 1888. — V. Formulaire. — VI. Analyse du Lait d'Arcy.

REVUE DE CHIMIE MÉDICALE

Les procédés actuels de recherche et de dosage de l'albumine. Valeur diagnostique et pronostique de la peptonurie et de la globulinurie.

I

Les réactifs usuels pour la recherche de l'albumine dans l'urine, qui s'étaient beaucoup multipliés, ont été récemment l'objet de nombreux travaux de vérification qui, pour plusieurs d'entre eux, ont définitivement fixé les règles de leur emploi.

On s'est surtout occupé d'étudier les causes d'erreur auxquelles ils pouvaient donner lieu, ainsi que leur sensibilité relative, et les différents observateurs semblent arrivés sur ces points à des résultats à peu près concordants.

Au point de vue de la certitude, l'emploi combiné de la chaleur, de l'acide acétique et du sel de Glauber paraît donner les meilleurs résultats et ne précipiter que l'albumine. Malheureusement, la sensibilité de ce réactif est médiocre, car il n'occupe à ce point de vue que le cinquième rang (Lecorché). La réaction de Gubler, qui est la plus employée clini-

FEUILLETON

SALON DE 1888.

III

La mythologie trouve toujours, dans les Salons annuels, un certain nombre de fidèles qui heureusement ne s'en servent souvent que comme d'un prétexte pour des études de nu. La jeune « Daphné » de M. E. Benner, portraiturée par l'artiste au moment juste où une branche de laurier sort de son talon, nous offre à admirer un joli corps de femme qui n'a peut-être pas dans sa fuite une ardeur semblable à celle de l'Apollon qui la poursuit. Il est vrai que, quand on est en train de se changer en arbre..... La « Léda », du même auteur, nous permet de comprendre la faiblesse du maître des dieux, qui semble encore plus excusable quand on regarde l'envoi de M. Bramtot. Le « Cygne » de M. Sevestre nous paraît moins favorisé, mais enfin il en faut pour tous les goûts.

C'est aussi du nu que la « Chute des Titans » de M. H.-S. Delacroix, mais ce n'est pas du nu aimable. Cette grande toile qui nous montre des corps immenses précipités dans le vide avec des attitudes épileptiques témoigne chez l'artiste d'un travail considérable et de grandes aspirations. Quant aux personnages, on peut les recom-

©BIU Santé

quement, est aussi assez exacte, mais peu sensible. Cependant, l'addition d'acide nitrique, d'après M. Bretel, pharmacien à Vichy, donne quelquefois un trouble dans une urine où rien n'apparaît par le premier procédé. Après avoir lu attentivement la note de l'auteur, il ne nous paraît pas évident qu'il ne se soit pas laissé abuser par la mucine qui est précipitée par les acides minéraux dilués.

Le réactif de Tanret est encore l'un des plus usités. On l'a accusé de causer des erreurs en précipitant l'acide urique, les peptones, le mucus, les alcaloïdes; et enfin des matières extractives, créatinine, guanine et xanthine. On reconnaît facilement l'acide urique et les peptones, parce que ces corps se dissolvent à chaud; il en est de même des alcaloïdes. D'après les recherches de Brosse (Soc. biol., 11 juin 1887), les matières extractives ne sont pas précipitées; il a opéré sur l'allantoïne, l'alloxane, la créatine, la créatinine, l'hypoxanthine, la leucine, la tyrosine et la xanthine. Par contre, les sels biliaires donnent à froid un précipité qui persiste à chaud, mais disparaît par l'éther. Les véritables causes d'erreur seraient une matière albuminoïde, que l'on rencontre dans l'urine des sujets atteints de blennorrhagie (Méhu) et la mucine; ces précipités persistent à chaud. Il est vrai que la mucine donne un précipité moins compact, plus poussiéreux (Lecorché) que celui formé par l'albumine, et que ce précipité, quand on chauffe, se divise en petits filaments. Malgré cela, lorsqu'il n'y aura que de très petites quantités d'albumine, il faudra rester dans le doute.

Le meilleur réactif, au point de vue de la sensibilité, est celui de Millard (de New-York). Pour le préparer, on mélange 7 gr. 76 d'acide phénique cristallisé et 27 gr. 21 d'acide acétique pur à une solution de 4 gr. 78 de potasse caustique dans q. s. d'eau pour 85 c. c. 53, et on filtre. La liqueur obtenue précipite les urates et les peptones (qui se dissolvent à chaud), et la mucine. De même que le réactif de Tanret, il faut employer celui-ci par la méthode de contact, c'est-à-dire que l'on verse d'abord le réactif au fond du tube à essai et qu'ensuite, à l'aide d'une pipette, on fait couler l'urine goutte à goutte. Dans une urine contenant de 3 à 5 milligrammes d'albu-

---

mander aux habitués de la Salpêtrière, ils y retrouveront certainement quelques-unes des contorsions familières aux pensionnaires de M. Charcot.

Du reste, la mythologie n'est pas toujours folâtre. A preuve, « Le labyrinthe » de M. Némoz. Le minotaure avec sa tête de veau est en train de faire son premier déjeuner... horrible. Fuyons vite ces scènes de terreur et réfugions-nous devant le tableau de M. Laurent : « Hyménée ». Vénus, toujours un peu entremetteuse, même pour le bon motif, découvre aux yeux de l'époux ébloui les charmes les plus secrets de la jeune épousée. Le tout est peut-être un peu gris, mais les intentions de l'artiste sont si pures qu'il vous rafraîchit presque autant que M. Puvis de Chavanne.

Quand nous aurons mentionné « L'enlèvement de Proserpine », de M. Checa, et la « Pandore » de M. Parker, nous en aurons à peu près fini avec les peintres de la Fable.

On pourrait vraiment en rapprocher parfois les peintres d'histoire qui, du reste, les tableaux militaires mis à part, ont fort peu envoyé cette année. Il est impossible, raisonnablement, de ranger parmi les scènes historiques la « Dalila » de M. Houry, non plus que le « David vainqueur » de M. Pelosi. La Dalila a vraiment une fort jolie tête et le David a l'air suffisamment sauvage, mais les scènes bibliques nous semblent un peu usées. « Ramsès et sa fille jouant aux échecs », de M. Small, est une peinture honorable; c'est là ce que l'on peut en dire de mieux, ainsi que du « Baptême à Saint-Marc » de M. Wagrez.

Par contre, les peintres militaires nous offrent plusieurs œuvres remarquables, dont une hors ligne, « Le rêve » de M. Detaille, à qui le jury a décerné, aux applaudissements

mine par litre, un disque apparaît au point de contact. Ce disque ou anneau est très clair, très net et bien plus facile à distinguer que celui produit par le réactif de Tanret; le trouble que donne parfois la mucine se forme plus haut et est beaucoup moins précis.

Les réactifs de Tanret et de Millard, le second étant préférable, sont les plus sensibles de tous; viennent ensuite l'acide picrique en solution saturée qui décèle 1 centigr. d'albumine par litre, puis l'acide acétique et le ferrocyanure de potassium (2 centigr. par litre).

La rétractilité n'apparaît après ébullition avec les divers réactifs qu'à 20 ou 25 centigr. par litre, et est produite d'abord par le réactif de Tanret et la solution d'acide picrique (Lecorché). Du reste, son peu de valeur diagnostique ou pronostique est maintenant absolument prouvé. L'emploi du ferro-cyanure de potassium, dont on verse 1 c. c. environ dans l'urine largement acidifiée par l'acide acétique, est aussi fort utile, car il n'y a comme causes d'erreur que l'hémialbuminose absolument négligeable et la mucine qui ne donne qu'un trouble très peu marqué.

Pour éliminer la mucine, qui, comme on le voit, est précipitée par un grand nombre des corps qui servent à la recherche de l'albumine, Jeanton (th. de Paris, 1888) a proposé d'ajouter, avant toute recherche, de l'acide acétique. Mais ne peut-on pas craindre d'en ajouter parfois trop, relativement à l'acidité primitive de l'urine et de rendre ainsi l'albumine incoagulable par la chaleur? Il nous semble impossible que cette éventualité ne se réalise pas quelquefois.

De temps à autre, il se produit dans les réactions les plus classiques de l'albumine des bizarreries qui tiennent sans doute à la nature essentiellement altérable des composés protéiques. C'est ainsi que M. Marsault a eu occasion d'analyser une urine légèrement acide contenant 2 gr. 70 d'albumine par litre qui ne précipitait plus par la chaleur lorsqu'on y ajoutait une quantité *même très minime* d'acide acétique; la recherche habituelle aurait donc conduit à une erreur, et cet exemple prouve une fois de plus le

---

du public, la médaille d'honneur. Dans une vaste plaine, où brillent çà et là des feux de bivouac, toute une armée dort d'un lourd sommeil étendue sur la terre nue. Les officiers mêlés à leurs hommes ont planté à côté d'eux leurs sabres supportant la lorgnette et le revolver. Les fusils sont placés en faisceaux sur le front de bandière, et le tout à peine teinté par l'aube qui commence à poindre à l'horizon donne une impression de réalité saisissante. Eh bien! ces soldats et ces officiers, abattus par la fatigue de la veille, se préparent aux combats du lendemain; ils rêvent. Ce qu'ils voient dans leur songe, ce n'est point la demeure quittée à l'appel de la patrie, ce n'est pas la mère ou la femme en pleurs, c'est l'image confuse des victoires d'autrefois qui promettent de nouveaux triomphes. Ce tableau, qui est sans contredit le meilleur de l'œuvre de M. Detaille, est une des expressions les plus belles du patriotisme guerrier. Souhaitons-nous à tous de tels rêves, ils aident à parvenir à la réalité.

M. Le Blant a exécuté, pour le salon d'honneur du 9e de ligne, « Le 9e de ligne à Moskowa ». Conduit par le prince Eugène, l'héroïque régiment, enlevé par son chef, soutient l'attaque célèbre des cuirassiers. Une grande animation règne dans le tableau de M. Le Blant, et la scène a certainement pu se passer telle qu'il la représente.

Les épisodes de la guerre franco-allemande sont peu nombreux, et, pour notre part, nous nous en félicitons, car il nous semble que l'on a assez peint nos défaites. Nous signalerons cependant le tableau de M. Walker, qui représente la charge historique du 3e chasseurs d'Afrique à Floing; la « Charge à Sedan » de M. Delahaye; « Au dra-

©BIU Santé

peu de confiance qu'il y a à accorder à la réaction qui est cependant le plus vulgairement employée.

Parfois encore la matière albuminoïde que l'on observe offre des caractères très spéciaux. Thormahlen (*Arch. f. path. an. u. Phy.*, CVIII, helft 2) a observé un cas dans lequel l'urine laissait déposer *spontanément* une albumine non coagulable par l'ébullition et se précipitant très facilement à froid et à chaud par l'action des acides. Cette matière se distinguait facilement de la peptone et de l'hémialbuminose, et paraissait se rapprocher des alcalis albuminates.

Les albuminoïdes précipitant sous l'influence d'un grand nombre de corps, on propose fréquemment de nouveaux réactifs qui n'ont aucun avantage réel sur les anciens. Récemment, Mya a préconisé le nitroprussiate de soude qui s'emploie comme le ferro-cyanure de potassium. Or, à froid, l'acide urique est précipité et, de plus, le nitro-prussiate se conserve difficilement. Kowalski a conseillé l'emploi de l'acétate d'urane en excès qui précipite toute l'albumine. La réaction est encore sensible dans une solution de 0,019 p. 100 d'albumine. Ce sont là des procédés de recherche au moins inutiles.

Nous n'avons pas à signaler d'études récentes sur la recherche de la peptone dont l'isolement reste toujours un travail de laboratoire; la signification de la peptonurie a, au contraire, donné lieu à quelques travaux que nous exposerons tout à l'heure.

La méthode d'isolement de la globuline, qui, comme on le sait, forme avec la sérine à peu près toutes les matières albuminoïdes de l'urine, a été très perfectionnée.

Ott a prouvé, en effet, que, lorsque l'on précipite la globuline par le sulfate de magnésie ajouté à saturation selon la méthode d'Hoffmeister, le proportions relatives de globuline et de sérine variaient selon la réaction de l'urine; quand le liquide est très acide, la globuline peut même paraître exister seule. Lecorché a vérifié les expériences de l'auteur allemand et a trouvé que, d'une manière constante, après neutralisation de l'urine, la

---

peau » de M. Beauquesne; le « Lendemain de Champigny » de M. Boutigny. Cette dernière scène a été reproduite dans plusieurs journaux illustrés.

Il faut placer hors de pair l'envoi de M. Moreau (de Tours) : « Le drapeau; — assaut de Malakoff (8 septembre 1855.) » Au moment de l'explosion d'une poudrière, le drapeau et celui qui le portait étaient restés ensevelis sous les débris. Le lendemain, le lieutenant-colonel le fit déterrer. L'artiste a représenté la scène au moment où on met au jour le glorieux trophée encore serré dans les mains raidies de son défenseur. Les officiers se découvrent respectueusement. Une impression de grandeur et d'héroïsme se dégage de cette belle peinture.

Comme toujours, un certain nombre de toiles nous montrent les côtés épisodiques de la vie militaire. Dans « Le pain de munition » de M. Chaperon, nous assistons à la fabrication du pain dans une manutention militaire. Les pioupious, transformés en geindres, enfournent sans conviction. « Pour mon pays », dit en retombant le sergent de M. Durangel, qui a emprunté son sujet à un vers de Paul Déroulède et aurait peut-être dû lui emprunter un peu de sa vigueur. Dans « La leçon de la veille » de M. Marius Roy, « Le lancement d'un pont » de M. Loustaunau », nous avons une fois de plus la preuve que la vie du soldat nous est devenue tellement familière que nous nous intéressons tous aux multiples aspects d'une existence qui a été ou sera un jour la nôtre.

Cet amour de la vie réelle est sans doute ce qui explique l'abondance des paysages et des scènes campagnardes. Parmi les premiers, nous avons tout d'abord à louer l'envoi

© BIU Santé

quantité de globuline diminue. De ses expériences, Lecorché tire une conclusion qui est très importante, c'est que les cas de globulinurie signalés par Estelle et Werner ne sont que des faits d'albuminurie légère dans des urines très acides, la sérine étant alors précipitée en même temps que la globuline. Malgré cela, dans certains cas, la proportion de la seconde peut dépasser celle de la première, tandis que, normalement, la sérine est toujours en quantité supérieure. Ces variations semblent suivre parallèlement celles qui se produisent dans le sérum du sang.

Pohl (*Journal de méd. de Paris,* d'après *Archiv. für exp. Pathol.*) préfère l'emploi du sulfate d'ammoniaque qu'il ajoute aux urines acides après neutralisation préalable avec l'ammoniaque et séparation, par filtration, du précipité de phosphates. Il emploie une solution saturée du sel. Après une heure de repos, on recueille le précipité sur un filtre taré, on le lave avec une solution de sulfate d'ammoniaque, on le dessèche à 100° et on pèse. Puis, après incinération du tout, l'on déduit le poids des cendres. Jeanton a expérimenté le procédé et l'a trouvé moins fidèle que celui d'Hoffmeister qu'il préfère. C'est aussi celui que nous conseillons, car il permet les dosages cliniques, sans balance ni dessiccation, basés sur le temps que le disque albumineux met à apparaître dans l'urine diluée selon des proportions données. (Procédés Roberts et Brandberg.)

L'anneau apparaît au bout de deux minutes et demie à trois minutes dans une solution contenant 1 gramme d'albumine pour 30,000 d'eau. Ceci posé, voici comment l'on procède. L'urine primitive est diluée avec neuf fois son volume d'eau, et on y ajoute l'acide. Si la réaction ne se produit pas dans l'espace de trois minutes, l'urine pure contient moins de 3 centigr. par litre; si elle se produit avant trois minutes, on prépare des solutions plus étendues. Pour cela, on ajoute dans cinq verres coniques de petites dimensions 2 c. c. de l'urine au dixième; puis, dans le premier verre, on met 4 c. c. d'eau; dans le deuxième, 13; dans le troisième, 28; dans le quatrième, 43; dans le cinquième, 58. L'acide est alors ajouté avec grandes précautions, et à l'aide d'une pipette, de manière à ne pas se mélanger uni-

---

de M. Harpignies, « Torrent dans le Var ». C'est le royaume de la sécheresse qu'il nous montre, et il exprime bien, par ce site désolé et aride, la tristesse parfois lugubre des campagnes méridionales qui n'ont pas ces coins frais que l'on retrouve chez nous, même au fort des ardeurs estivales.

Nous retrouvons la même impression de chaleur implacable dans le « Troupeau de chèvres » de M. Jourdan, justement récompensé par le jury; la couleur méridionale n'est pas toujours facile à rendre, mais M. Jourdan, enfant du pays, a su la saisir dans tout son éclat et aussi dans toute sa dureté.

Un moissonneur repose à l'ombre d'une meule, tandis qu'à côté de lui sa jeune femme donne le sein à son enfant. Tel est le sujet du « Repos » de M. Lhermitte, page calme et douce dont l'exactitude n'exclut pas la poésie. Bien poétique aussi est « Munda Lamettrie, fermière », envoyée par M. Roll. C'est une paysanne, toute jeune fille, qui, encore en jupon court et en corset, a été traire une vache que l'on aperçoit un peu vaguement derrière elle; elle rapporte lentement un seau de lait sans se soucier le moins du monde du peintre qui sans doute la regarde; elle ne pose pas, en effet, elle est simple et naïve, et c'est là la grande qualité du tableau, remarquable, en outre, par sa fraîche couleur. M. Roll a aussi exposé « Au trot », jeune garçon, un peu poseur lui, tout de noir habillé et chevauchant, sur un poney gris, à la lisière d'un bois d'un beau vert automnal.

M. A. Demont, digne élève de son beau-père, a envoyé deux toiles d'un caractère très différent. Dans l'une, « L'hiver en Flandre », il rend admirablement l'impression pro-

©BIU Santé

formément, et l'on cherche quelle est la dilution qui donne la réaction dans l'espace de deux minutes et demie à trois minutes; celle-là renferme 33 p. 1,000 d'albumine. On calcule alors la proportion p. 100 d'urine d'après la formule suivante, où a est le nombre de centimètres cubes d'eau ajoutés :

$$2 \times 0{,}1 + x = (a + 2) \times 0{,}0033, \text{ d'où}$$

$$x = \frac{(a + 2) \times 0{,}0033}{2 \times 0{,}1}$$

Brandberg a construit des tableaux donnant, sans calcul, la proportion d'albumine de 3 en 3 c. c. ajoutés à la première dilution, mais la formule ci-dessus, d'un calcul très simple, permet de s'en passer.

Von Jaksch, Hammarsten et Lecorché ont vérifié l'exactitude du procédé. L'erreur moyenne ne dépasserait pas 0,05 p. 100. De plus, la méthode est au moins aussi exacte que celle d'Esbach, plus rapide qu'elle et enfin applicable à toutes les urines, ce qui n'est pas le cas de l'autre. D'après notre expérience personnelle, le seul point délicat est d'éviter la diffusion de l'acide dans des mélanges ne contenant presque que de l'eau. On y arrive facilement en amenant le bec de la pipette pleine d'acide et fermée en haut par le doigt jusqu'au voisinage du fond du verre, et en laissant alors l'écoulement se faire lentement jusqu'au moment où la quantité d'acide est suffisante. Il sera bon que la pipette soit à réservoir, afin d'ajouter en une seule fois la quantité d'acide nécessaire. En employant de l'acide nitrique légèrement coloré, la ligne de séparation se verra facilement et on guettera l'apparition du disque un peu au-dessus. Pour les premières dilutions, on pourra se servir avantageusement de tubes à essai dans le fond desquels on versera d'abord l'acide, puis ensuite le mélange, en ayant soin d'aller très doucement.

Il est pratiquement peu utile de doser des quantités d'albumine inférieures à 0,30 centigr. par litre. Cependant, on peut y arriver, d'après Lecorché, de la façon suivante : L'urine, non diluée, est additionnée de partie

---

fonde de tristesse que donne involontairement la vue des remparts d'une toute petite ville ensevelie sous la neige ainsi que la campagne désolée qui l'environne; dans l'autre, au contraire, « Les Œillettes », il éveille en nous le sentiment de l'été et des jours de floréal.

Nous voudrions pouvoir parler de la « Dernière gerbe » de M. Fourié, des « Saules » de M. Yarz, de la « Lande en Bretagne » de M. Leroux, du « Champ de coquelicots » de M. H. Leroy; mais il faut savoir nous borner, d'autant plus que nous avons encore à dire quelques mots des peintres de marine, en tête desquels il faut incontestablement placer Mme Elodie La Villette. C'est avec un véritable bonheur que nous exprimons ici tout le plaisir que nous font éprouver ses scènes maritimes; il est impossible de rendre la mer, si changeante dans ses innombrables aspects, avec plus d'exactitude et de justesse. Chaque année, ses tableaux nous ravissent davantage; c'est que la mer est pour nous ce qu'il y a de plus beau au monde, et que devant la peinture de Mme Elodie La Villette nous revivons un instant nos séjours sur les bords de l'Océan. C'est aussi un peintre de talent que M. Le Sénéchal de Kerdréoret qui a exposé deux vues du Tréport, dont l'une qui représente l'entrée du port pendant la tempête est surtout remarquable. Citons encore, en regrettant d'être forcé de passer aussi vite, la « Marée haute » de M A. Harrison, la « Marée basse » de M. Flahaut, deux vues d'Arromanches de M. Ravanne, et jetons-nous, sans hésiter, dans l'océan des portraits, dont le nombre augmente chaque année.

Les envois de MM. Bonnat et Carolus Duran doivent, tout d'abord, être mis hors de

© BIU Santé

égale du réactif de Millard ou de Tanret, et portée à l'ébullition, si l'albumine devient rétractile en se refroidissant : 20 à 25 centigr. par litre; si pas de rétractilité, moins de 25 centigr. Dans ce dernier cas, l'urine additionnée d'une goutte d'acide acétique est chauffée comme précédemment; si elle se trouble légèrement, c'est qu'elle contient de 10 à 15 centigr. par litre. La même proportion peut être admise si, après l'emploi de l'acide nitrique par le procédé de contact, il apparaît un disque mince presque immédiat. Quand tout ceci ne donne rien de net, on ajoute de l'acide métaphosphorique et l'on chauffe; s'il se produit un trouble : 3 à 4 centigr. par litre. Si l'urine reste claire, on essaye la réaction par le ferro-cyanure de potassium; l'opalescence indique au moins 2 centigr. Si cette opalescence ne se produit que par l'acide picrique en solution saturée et la chaleur, la proportion descend à 1 centigr. ou 1 centigr. 1/2. Enfin, si on ne peut obtenir un anneau mince que par les réactifs de Tanret et de Millard, on pourra admettre que l'urine examinée ne renferme que 3 ou 5 milligrammes d'albumine.

Pour connaître rapidement les proportions de globuline et de sérine, il suffit de faire le premier jour un dosage en bloc, de précipiter la globuline et de faire, après filtration, un deuxième dosage. Le deuxième chiffre donne la proportion de la sérine seule, et en le retranchant du premier, la différence donne celle de la globuline.

(*A suivre.*) Paul Chéron.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° La liste nominative des individus vaccinés (clientèle civile), en 1887, dans la commune de Châlon-sur-Saône, par MM. les docteurs Bertrand et Bouzou, vaccinateurs;

---

pair. Le premier a exposé le portrait de M. Jules Ferry, véritable page d'histoire qui a sa place marquée dans nos musées nationaux, et celui du cardinal Lavigerie, peinture d'une grande vigueur et de tons peut-être un peu heurtés, mais exprimant bien l'énergie sombre et tenace du grand évêque d'Afrique si dévoué à la patrie française. Le « Portrait de ma fille », de M. Carolus Duran, peut être rangé parmi les plus belles œuvres de ce peintre. Vêtue d'une robe gorge de pigeon, d'un jupon de velours gris et d'un corsage de loutre, la charmante jeune fille dont la toilette est encore relevée par une brillante écharpe rose, se détache merveilleusemeut sur un fond jaune du plus bel effet. Le maître a encore envoyé le « Portrait de M. Louis Français », dont la tête est modelée avec une rare vigueur.

Notre devoir rempli envers les chefs d'école, notons les portraits qui se rattachent, soit par leurs modèles, soit par leurs auteurs, à la grande famille médicale. Voici M. le docteur A. Tripier, par M. Clément; il s'appuie sur une machine électrique qui était vraiment inutile pour nous indiquer sa spécialité. Nous relevons ensuite les portraits de M. le docteur Berger par M. Bortet, de M. le docteur Bétaulès par M. Berthier, de M. le docteur L.-R. de B... par M. Bessède, de M. le docteur G.-J. B... par M. Peters; j'en passe et des meilleurs. M. Blanche a envoyé le portrait en pied d'un grand jeune homme accompagné de son chien. Cette toile obtient l'estime des connaisseurs ; nous regrettons, quant à nous, la teinte grise étendue sur toute la peinture, et préférons beaucoup le portrait de Mme H. L... par M. Aviat. Notre excellent maître ne nous en voudra pas si

©BIU Santé

2° Une lettre de M. Widal, relative à la communication faite par M. Arloing dans la précédente séance. M. Arloing n'admet qu'un seul microbe pour produire la fièvre puerpérale ; M. Widal décrit au moins deux organismes ;

3° Une communication de M. Debout d'Estrées, relative à de nouveaux faits de goutte parotidienne ;

4° Un mémoire de MM. Yvon et Berlioz, sur la composition moyenne de l'urine normale, dont un extrait sera publié dans le numéro prochain ;

5° Un volume de M. E. Verrier, relatif à l'hygiène du premier âge.

— M. Empis lit un rapport sur une communication de M. le docteur Alvin (de Saint-Etienne) intitulée : « L'irrigation d'eau très chaude dans les fosses nasales, comme moyen facile et très efficace contre les épistaxis graves, et de l'emploi de l'éponge imbibée d'eau très chaude contre les bourrelets hémorrhoïdaux externes, accompagnés de contracture douloureuse du sphincter.

En résumé, dit le rapporteur, le travail de M. Alvin est intéressant et tend à vulgariser de plus en plus l'usage de l'eau chaude contre les hémorrhagies. S'il peut modifier l'opinion de quelques médecins qui se figurent encore que les ablutions froides sur le nez arrêtent les épistaxis, il aura incontestablement rendu service.

— M. Berger fait une communication sur la transmissibilité du tétanos traumatique de l'homme à l'homme. Il apporte une double observation où paraît accusée avec une netteté, qui ne laisse pas la place en doute, la transmissibilité du tétanos traumatique d'un blessé à un autre blessé, et la probabilité de l'origine équine. Un homme atteint de brûlure profonde ayant ouvert les articulations métacarpo-phalangiennes des doigts de la main droite, a de fréquents rapports avec un palefrenier et va lui-même dans une écurie. Il est pris de tétanos qui atteint rapidement une grande intensité. Le chloral ne procurant que des soulagements momentanés, on pratiqua l'amputation de l'avant-bras au tiers moyen. Il y eut alors une grande amélioration, la plaie se réunit ; mais bientôt apparaît une congestion pulmonaire qui fait de rapides progrès et emporte le malade.

Un jeune garçon de 8 ans entre dans le service de M. Perrier, remplacé par M. Nélaton, présentant des plaies contuses multiples siégeant à l'extrémité des doigts et à la face antérieure de la cuisse droite. Les plaies sont lavées et pansées au salol. Bientôt le pansement doit être changé, mais M. Nélaton fait ce changement après avoir vu, dans un service voisin, un tétanique qu'il ne toucha pas. Malgré un lavage minutieux de ses

---

nous nous permettons de louer à fois et la peinture et le modelé qui se font valoir l'un l'autre.

Mlle Klumpke, outre un portrait, malheureusement un peu trop haut placé, expose une petite scène : « A la buanderie », qui promet pour l'avenir un peintre de talent. Le travail est de règle dans cette famille dont un des membres a conquis une belle place parmi nous. Après avoir signalé les portraits admirés de M. le président de la République et de M. Ritt par M. Yvon, terminons en notant un peu au hasard les envois de Mlle Beauvry-Saurel : « Portrait de M. Félix Voisin » ; de M. Henner : « Portrait » ; de M. Lobrichon : « Portrait de Mlle Blanche R... » avec un fort joli costume et des draperies très transparentes de M. Behmer, qui peint fort bien la peluche, et enfin le charmant portrait de Mlle Réjane, par M. Toulmouche.

P. Norech.

Glycérolé contre la vaginite. — Chéron.

Acide borique	8 grammes.
Glycérine neutre	120 —

Faites dissoudre. — Trois ou quatre cuillerées dans un litre d'eau, pour pratiquer des irrigations tous les deux jours, dans le cas de vaginite. — On peut aussi imprégner de ce glycérolé, un tampon de ouate, que l'on introduit dans le vagin. — N. G.

©BIU Santé

mains, le tétanos se développa chez le petit blessé qui guérit grâce à de fortes doses de chloral.

La contagion, dans ce fait, paraît évidente à M. Berger. Le chirurgien et ses aides servent d'intermédiaires pour ainsi dire immédiats entre un tétanique et un autre blessé. M. Nélaton et ses aides ont été en contact direct avec les objets que l'on peut supposer chargés de principes infectieux. Les élèves n'ont peut-être pas pris toutes les précautions désirables.

La première observation soulève la question de l'origine équine. M. Berger a soigné six blessés atteints de tétanos traumatique grave; quatre d'entre eux, trois au moins, ont été en relation avec des chevaux ou des objets et des locaux affectés au service des chevaux. Il y a un cas de contagion de l'homme à l'homme et un cas de contact tellurique.

Tous ces faits confirment l'opinion de M. Verneuil, relativement à l'origine équine.

— M. Lancereaux fait un rapport sur une lettre que M. Jean Desbournie a adressée à l'Académie, et par laquelle il sollicite la vérification d'une découverte qui lui paraît devoir combattre le fléau de l'alcoolisme. L'alcoolisme chronique n'est que le résultat de la consommation d'alcools impurs. C'est dans des perfectionnements industriels qu'il faut chercher le remède au fléau. Il serait du devoir du gouvernement de monopoliser la vente des alcools. L'auteur prétend qu'il n'a jamais été indisposé à la suite de l'ingestion d'alcools impurs quand, au préalable, il s'était pourvu l'estomac d'une nourriture contenant en proportion relative du breuvage en alcool mauvais des corps gélatineux, albuminoïdes ou gras. A cet effet, il emploie des tablettes de chocolat contenant chacune à peu près 4 grammes d'albumine. Chômer moins, souffrir moins et produire plus, tels sont les résultats que l'auteur promet aux ouvriers par l'emploi de ses tablettes.

Il est difficile de croire que le moyen proposé par M. Desbournie puisse remédier à l'alcoolisme, car les effets médiats, les plus graves, ne pourront être évités. Il conseille aussi de ne tolérer dans les débits que des verres de capacité moyenne. Une petite quantité d'alcool trouverait, dans les glandes salivaires et les sécrétions des premières voies, l'eau de dilution nécessaire. Si l'on prend beaucoup de petits verres, ils se dilueront à mesure.

M. Lancereaux pense qu'il y a lieu de chercher à débarrasser les alcools livrés à la consommation des substances nuisibles. Mais, ce problème supposé résolu, le fléau de l'alcoolisme ne serait pas éteint. Le vin, les alcools, même les meilleurs, ne sont pas exempts de dangers, et malheureusement trop de personnes croient qu'ils sont nécessaires pour le travail et même pour l'existence. On ne saurait trop lutter contre ce préjugé. Une éducation saine sera le remède contre l'alcoolisme et beaucoup d'autres maux.

— M. Laboulbène a eu occasion d'examiner dernièrement des urines chyleuses qui lui avaient été remises par M. Champetier de Ribes. Pendant la nuit, les urines contenaient du sang et de la graisse, le matin elles renfermaient de la graisse; enfin, pendant la journée, il n'y avait plus ni hématies, ni leucocytes, ni graisse. Le sang n'a pu être examiné. Ces urines provenaient d'une malade venant du Brésil et très probablement atteinte de filaire du sang.

— M. Vidal rappelle qu'en 1885, il avait été seul à soutenir la doctrine de la transmissibilité de la lèpre. Depuis lors, cette idée s'est beaucoup répandue. M. Leloir démontre que la propagation ne peut s'expliquer pour tous les cas, ni par l'hérédité, ni par les conditions locales ou individuelles, et que la transmission du malade à l'homme sain ne peut être contestée. Cette thèse a été soutenue par M. Besnier. Les anticontagionnistes les plus ardents ont été ébranlés dans leurs convictions par le remarquable rapport de ce dernier. M. Le Roy de Méricourt lui-même semble préparer sa conversion; il ne se livre plus à une attaque de fond, mais procède à une argumentation de détails; il accorde une part restreinte à la contagion dans la transmission de la lèpre. Dans le mémoire de Brocq, paru en 1885 dans les *Annales de dermatologie*, on trouve résumées des observations probantes. M. Le Roy de Méricourt a laissé entiers les faits qui forment le fond de la question et qui défient toutes les attaques.

©BIU Santé

La question en litige est de savoir si la lèpre peut être transmise par contagion en prenant le mot dans son sens le plus large. Les preuves peuvent être tirées :

1° De la nature parasitaire de la lèpre;

2° Des faits de transmission d'un lépreux à l'homme sain ;

3° De la marche des épidémies de lèpre et de la possibilité de les enrayer par des mesures prophylactiques sérieuses.

1° Pour les dermatologistes modernes, le bacille de Hansen est la cause des tubercules et des autres lésions de la lèpre; il est superflu de discuter la valeur pathogénique de ce bacille dont personne n'oserait plus dire que c'est un produit deutéropathique. Cependant, M. Joseph Fayrer a émis cette opinion. Le parasite doit pouvoir se reproduire dans un autre organisme; actuellement, nous devons encore dire organisme humain, car il n'y a point d'inoculation positive aux animaux.

2° En tête des faits qui démontrent d'une façon indéniable la transmission à l'homme sain se place la citation qu'a faite l'orateur, le 13 octobre 1885, d'une observation de M. Hawtrey Benson; il s'agit d'une contagion d'un frère à un autre frère, le contagionné n'ayant jamais quitté l'Irlande, où la lèpre est inconnue. Cette observation est démonstrative et on peut en citer beaucoup où la contagion est presque aussi évidente. Du reste, M. Le Roy de Méricourt ne conteste pas la contagion maritale.

M. Kaurins de Molde tend maintenant à admettre la contagion. Cette dernière est plus facile à observer au commencement d'une épidémie telle que celle de Port-Breton, par exemple, ainsi que beaucoup d'autres. Manuel Zuriaga a fait ressortir que l'hérédité ne joue un grand rôle que quand la lèpre est implantée depuis de longues années; la plupart de ceux qu'il a vus s'exposer à la contagion ont été atteints. Quand de bonnes mesures prophylactiques ont été prises, la lèpre a disparu.

3° La transmissibilité de la lèpre, même à défaut d'autres preuves, serait démontrée jusqu'à l'évidence par la marche des épidémies, par leur extension, par leur propagation d'autant plus rapide que la civilisation est moins avancée. On la voit reculer et disparaître à mesure que l'idée de contagion devient plus générale, que les mesures d'hygiène sont mieux appliquées. La lèpre a toujours été importée; elle est de tous les climats, de toutes les latitudes. Elle peut trouver un terrain plus ou moins bien préparé, mais ne naît pas spontanément. Pour faire la lèpre, il faut un lépreux; pour la faire cesser, il faut empêcher la transmission. C'est à l'idée de contagion et aux asiles pour les lépreux qu'est due la disparition de la maladie dans des pays ou elle était autrefois regardée comme endémique.

Partout où il y a des lépreux, si la prophylaxie se relâche, les cas de lèpre deviennent plus nombreux. C'est ce qu'on observe à la période de début dans l'épidémie de Port-Breton. Les dépositions du docteur Davidson, relativement à Madagascar, sont aussi très instructives. En Norvège, quand les idées anticontagionnistes dominèrent, on ne prit plus les mêmes précautions et la maladie fit des progrès. Au contraire, quand l'isolement reprit faveur, elle diminua beaucoup. En Amérique, la réimportation de la lèpre a fait prendre des mesures très sévères. A Astrakan, la maladie a disparu à cause de l'isolement forcé et elle continue ses ravages dans les peuplades voisines.

Il faut répandre la vérité sur la transmissibilité de la lèpre par la contagion et l'hérédité. Les précautions, les soins de propreté, les pansements antiseptiques, l'établissement de léproseries convenables pouvant décider les malades à y entrer me paraissent suffire pour empêcher la contagion. La lèpre, comme la tuberculose et la syphilis, ne continuera pas à peser lourdement sur l'humanité. On ne tardera pas à connaître les conditions médiates ou immédiates de la transmissibilité. En ce moment, la Norvège nous démontre l'incontestable efficacité des mesures de prophylaxie individuelles et administratives. Ces mesures généralisées éteindront la maladie qui disparaîtra devant les conquêtes de la médecine publique.

M. Le Roy de Méricourt reconnaît que, dans la discussion, il a fait œuvre de réactionnaire. Il a cru cependant devoir protester contre des doctrines qui lui ont paru trop avancées, car aucun cas n'a été rellement inoculable de l'homme à l'homme.

Depuis sa communication, il a reçu de Constantinople une lettre du docteur Zam-

©BIU Santé

baco qui revient d'un voyage entrepris pour l'étude de la lèpre. Ce médecin n'a pas rencontré un seul cas de contagion évident, et il a vu des ménages, dont un des conjoints était lépreux, cohabiter pendant trente ans sans qu'il y ait transmission. Il cite comme cas remarquable deux jumeaux dont l'un était lépreux et l'autre sain. Dans les villages de lépreux, les logements sont à bon marché et beaucoup de pauvres gens vont y habiter; ils ne gagnent pas la maladie. Elle est évidemment héréditaire et peut sauter une génération. Tels sont les principaux résultats d'une enquête poursuivie en Turquie, en Egypte, dans l'Archipel, etc.

Lacaze, qui dirige une léproserie aux Antilles, n'a jamais vu de cas contagieux chez les infirmières ni les sœurs.

Ce qu'il y a de plus fâcheux dans les léproseries ce sont les rapports entre les malades des deux sexes.

Un élève de M. Hillairet a écrit à M. Le Roy de Méricourt que son maître ne croyait pas à la contagion de la lèpre.

M. Cornil : On entend par contagion la propagation d'une maladie d'un individu à un autre. Le parasitisme n'implique nullement l'idée de contagion nécessaire et ce serait une erreur de croire que toute maladie parasitaire bactérienne soit transmissible d'un individu à ceux qui vivent avec lui. Il faut que ces derniers se trouvent dans un état de réceptivité spéciale.

On n'a pu avoir de données certaines sur l'origine du petit nombre des maladies parasitaires qui nous sont bien connues qu'après avoir été renseigné sur le mode d'existence des parasites en dehors de nous. On peut citer comme exemples : les kystes hydatiques du foie, la filaire du sang.

Comme maladie bactérienne, on peut prendre l'actinomycose; jusqu'à ces derniers temps, on regardait les tumeurs qu'elle produit comme des sarcomes, on sait maintenant qu'elle est contagieuse. Il a fallu un grand nombre d'années pour faire admettre la contagion de la morve, du farcin, du charbon. Le choléra, la fièvre typhoïde, ne sont pas contagieux par le contact ni par l'inoculation sous-cutanée, il faut que le parasite pénètre dans l'économie par les voies digestives. Les furoncles, le phlegmon ne sont dangereux que si on l'inocule.

La pneumo-entérite du porc est éminemment contagieuse, parce que les bactéries se multiplient partout : dans le mucus bronchique, à la surface des naseaux, dans les selles, dans l'urine, dans l'eau, dans la litière, etc.

La découverte de Villemin a demandé quinze ans pour être admise sans conteste, et ce n'est que les travaux de Koch qui l'on rendue évidente, les cultures pures du bacille donnant toujours la tuberculose.

Si, dans cette question, on en était resté à l'observation pure, beaucoup nieraient la contagion.

Pour la lèpre, nous ne connaissons que fort peu de chose relativement à la biologie de ses bacilles. On n'a pu les cultiver sur aucun milieu, aucun animal n'est inoculable, les expériences sur l'homme n'ont pas réussi. Les micro-organismes se rencontrent en grand nombre dans les tubercules de la lèpre; sont-ils morts ou vivants? on n'en sait rien. Leur élimination exige une solution de continuité des nodules lépreux, des excoriations. Les linges tachés peuvent servir à la contagion. On en est donc réduit à l'observation pure des malades.

M. Cornil rapporte des observations prises par MM. Chantemesse et Moriez en France, dans le département des Alpes-Maritimes, à Eze, Tourette et plusieurs autres villages.

Ces observations, au nombre de quatre, témoignent que les exemples de contagion lépreuse se rencontrent assez souvent quand on peut connaître la vie entière des individus soumis à cette contagion. Les périodes d'incubation de la maladie sont quelquefois si longues que bien des indiyidus atteints succombent à une maladie intercurrente avant de devenir ostensiblement lépreux. La connaissance de ces faits diminue la part beaucoup trop grande faite à l'hérédité dans l'étiologie de la lèpre. Beaucoup de cas de lèpre héréditaire dans les familles peuvent être rapportés à la contagion.

Il faut admettre, cela est prouvé, qu'on voit parfois un lépreux, une immigration de

©BIU Santé

lépreux devenir les centres autour desquels il se fait des foyers de lèpre, et M. Le Roy de Méricourt admet lui-même que la cohabitation d'une femme saine avec un homme contaminé, ou réciproquement, peut engendrer la maladie.

Malheureusement, nos connaissances relatives à la biologie du bacille de la lèpre sont encore trop peu avancées pour qu'on puisse donner de ces faits une explication scientifique complète.

COURRIER

Nous publions plus bas l'analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef, et chimiste à la maison de santé Dubois, *du* LAIT *pur et non écrémé* de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne). Ce lait est expédié directement de la ferme à domicile dans des boîtes EN CRISTAL pomblées. Ce mode de vente, qui supprime l'intervention frauduleuse des intermédiaires entre le producteur et l'acheteur, mérite d'être encouragé

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1888 :

1° Il sera ouvert à Paris, en 1888-1889, des concours pour 28 places d'agrégés à répartir de la manière suivante, entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Paris : 12 places, dont 5 de pathologie interne et médecine légale ; 3 de pathologie externe ; 1 d'accouchement ; 1 d'anatomie ; 1 de physiologie et 1 de chimie et toxicologie.

Bordeaux : 5 places, dont 2 de pathologie interne et médecine légale ; 1 d'accouchement ; 1 de chimie et toxicologie ; 1 de pharmacie.

Lille : 5 places, dont 2 de pathologie interne et médecine légale ; 1 de pathologie externe ; 1 d'accouchement ; 1 de physiologie.

Lyon : 2 places, dont 1 de pathologie interne et médecine légale et 1 de physiologie.

Montpellier : 4 places, dont 1 de pathologie interne et médecine légale ; 1 de pathologie et 1 de physique.

2° Ces concours s'ouvriront à Paris, savoir :

Le 15 décembre 1888, pour les 11 places de la section de médecine (pathologie interne et médecine légale).

Le 1er mars 1889, pour les 8 places de la section de chirurgie et accouchements.

Le 15 mai 1889, pour les 5 places de la section des sciences anatomiques et physiologiques, et les 4 places de la section des sciences physiques.

3° Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté. Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

FACULTÉ DES SCIENCES DE PARIS. — Le samedi 23 juin 1888, à huit heures et demie, M. P. Chautard soutiendra, pour obtenir le diplôme de docteur ès sciences physiques, une thèse ayant pour titre : « Recherches sur les aldéhydes de la série grasse. »

— L'Académie des sciences a élu, dans la séance de lundi dernier, correspondant étranger dans la section de botanique M. Treub (de Batavia), par 25 voix sur 44 votants.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — Séance du 23 juin 1888. — *Ordre du jour :* 1. Communications diverses. — 2. Vote sur la candidature de M. Larroque (membre correspondant).

Phthisie. — Consomption. — Amélioration rapide par le **VIN DE BAYARD**. — 2 cuillerées par jour.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Dyspepsies.—Anorexie.—Traitt physiologique par l'*Elixir Grez* chlorhydro-pepsique.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

© BIU Santé

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. F. Terrier : Kyste ovarique volumineux à gauche. — Petit kyste à droite. — Ovariotomie double. — Hémorrhagie abondante pendant l'opération. — Mort par anémie aiguë. — Autopsie. — III. Correspondance. — IV. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — Académie de médecine. — Société de médecine de Paris. — V. Variétés. — VI. Courrier. — VII. Feuilleton : Chronique. — VIII. Formulaire.

BULLETIN

En expérimentant l'action de diverses substances sur la sécrétion biliaire, MM. J.-L. Prévost et P. Binet ont trouvé, outre l'influence inégale de ces substances sur cette sécrétion, que leur élimination par la bile était faible, comme M. Binet l'avait déjà remarqué pour la salive et la sueur. Comme plusieurs expérimentateurs, M. Bouchard entre autres, l'ont démontré déjà, il résulte de ces faits que ces trois voies d'excrétion sont bien inférieures à cet égard à la voie rénale.

Les nombreuses obscurités qui environnent encore l'origine des ulcères simples de l'estomac et du duodénum tendent à se dissiper de jour en jour. La théorie des thromboses vasculaires sanguines et lymphatiques vient de recevoir une nouvelle confirmation par la communication de M. Letulle à l'Académie des sciences. Dans certaines maladies infectieuses, les microbes pathogènes en circulation dans l'appareil vasculaire peuvent s'arrêter dans la muqueuse gastro-duodénale et y former des colonies qui oblitèrent les petits vaisseaux; puis, comme cela a lieu dans les ulcères simples par thrombose, les acides gastriques ramollissent la région anémiée et la digèrent

FEUILLETON

CHRONIQUE

Le Conseil supérieur de l'Assistance publique. — Deux documents sur la maladie de l'empereur Frédéric III.

En créant la direction de l'Assistance publique au ministère de l'intérieur, le gouvernement avait d'autres vues que la simple administration des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance de Paris; ces vues étaient plus hautes, plus larges, car il ne s'agissait rien moins que d'organiser l'assistance obligatoire pour tous, jusque dans les communes les plus pauvres de la France. Pour étudier les moyens d'arriver à ce but, il a été institué récemment un Conseil supérieur de l'Assistance publique, composé de sénateurs, de députés, de médecins; ce Conseil s'est réuni pour la première fois la semaine dernière et s'est mis immédiatement à l'œuvre.

Ainsi que l'ont rappelé dans leurs discours M. Ch. Floquet, président du Conseil des ministres, et le directeur de l'Assistance publique, M. Monod, ce projet n'est pas nouveau. L'Assemblée constituante de 1789 nomma, dès les premiers jours de sa réunion, un comité chargé d'une étude d'ensemble sur l'extinction de la mendicité et sur les secours publics. Son président, Larochefoucault-Liancourt, disait entre autres, dans l'exposé des principes du comité : « Jusqu'ici, l'assistance n'a été regardée que comme

©BIU Santé

en quelque sorte. Cette manière de voir a d'autant plus de valeur que M. Letulle a pu reproduire chez des cobayes, auxquels il avait injecté des cultures des microbes de la dysenterie et du staphylococcus pyogenes aureus, les lésions qu'il avait constatées à l'autopsie des malades.

A l'Académie de médecine, M. F. Widal a protesté contre la réclamation de priorité de M. Arloing relative aux recherches concernant l'identité de l'infection puerpérale avec l'érysipèle, en montrant que M. Arloing n'avait pas donné la démonstration anatomique et bactériologique de cette idée, ce qu'a fait M. Widal, et qu'en somme il s'agit de faits différents.

L'origine équine et la nature infectieuse du tétanos ont reçu un nouvel appui de faits exposés par M. Berger à l'Académie de médecine, puisque 4 malades, sur 6, étaient en rapport habituel avec des chevaux, et que deux fois la transmission de l'homme à l'homme a pu être admise.

La discussion sur la transmission de la lèpre par contagion continue à nous présenter des faits intéressants, en attendant qu'ils soient assez nombreux pour qu'on puisse en tirer des conclusions.

Des trois orateurs qui ont pris la parole dans la dernière séance, M. Vidal, s'appuyant sur les faits publiés, est contagionniste; M. Le Roy de Méricourt, anticontagionniste, autrefois, l'est encore plus aujourd'hui, après avoir reçu de M. Zambaco le résumé de recherches multiples dans les régions de l'Orient encore envahies par la lèpre, — où il n'a jamais rencontré un cas de contagion; — M. Cornil, rappelant l'incrédulité qui a accueilli les premières assertions touchant la contagion de la tuberculose, la morve, le farcin, le charbon, et, plus récemment, l'actinomycose, recommande aux anticontagionnistes de ne pas se montrer trop absolus dans leur opinion. Si la lèpre n'est pas contagieuse en Orient, elle l'est ailleurs, et, en France même, il existe une petite région, sur les confins de l'Italie et de la France, au voisinage de Nice, où les faits de contagion de lépreux à homme sain, constatés par MM. Chantemesse et Moriez, sont incontestables. Il démontrent, comme ceux qui ont été cités auparavant par MM. E. Besnier, Vidal, Leloir, etc., que la lèpre est contagieuse, mais qu'on

---

un bienfait; elle est un devoir, mais ce devoir ne peut être rempli que lorsque les secours accordés sont dirigés vers l'utilité générale. Si celui qui existe a le droit de dire à la société : « Fais-moi vivre », la société a également le droit de lui dire : « Donne-moi ton travail ».

C'est la doctrine même qui passa dans la Déclaration des droits de l'homme : « Les secours publics sont une dette sacrée. »

Le comité de l'Assemblée nationale proposait de s'occuper successivement de l'enfant, de l'homme fait, du vieillard : de l'enfant, pour lui assurer la vie d'abord, l'éducation morale et le travail ensuite; de l'homme fait, pour lui donner le pain quand il est valide, lui rendre la santé quand il est malade, lui garantir l'existence paisible quand il est infirme; du vieillard, pour préserver ses derniers jours du besoin.

Les événements qui suivirent ne permirent pas d'arriver à la réalisation de ces projets; une nouvelle tentative fut faite en 1848, mais n'aboutit pas. Depuis lors, aucune loi contenant des solutions d'ensemble, un système complet d'assistance publique, n'a été votée. C'est peu à peu, par morceaux, qu'a été créée la législation actuelle; mais que d'imperfections encore, de lacunes surtout!

L'exposé de l'état actuel des choses, fait par M. Monod, signale ces imperfections et ces lacunes, et indique en même temps les moyens d'y remédier.

On y voit, entre autres imperfections, beaucoup de communes manquer de toute assistance, alors que d'autres en ont trop. Par exemple, sur 36,421 communes, il y en a 19,111 qui n'ont ni bureau de bienfaisance, ni commission de charité, qui sont dépour-

©BIU Santé

ignore encore la manière dont se fait la contagion. La discussion pourrait eu rester là pour le moment, car elle n'avancera que lorsqu'on sera mieux renseigné sur la biologie du bacille de la lèpre. — L.-H. P.

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

Kyste ovarique volumineux à gauche. — Petit kyste à droite. — Ovariotomie double. — Hémorrhagie abondante pendant l'opération. — Mort par anémie aiguë. — Autopsie.

La nommée P... (Léonie), âgée de 45 ans, journalière, entre le 16 décembre 1884, salle Chassaignac, lit n° 24. Le père est mort à 78 ans de hernie étranglée; la mère est morte à 88 ans (asthme, attaques de paralysie).

Antécédents personnels : Réglée à 18 ans, la menstruation toujours très régulière. Mariée à 19 ans, Mme P... devint enceinte immédiatement et accoucha à terme. Quatre grossesses, la dernière à 28 ans. Menstruation toujours très régulière jusqu'à l'âge de 39 ans.

En 1878, Mme P... commença à souffrir au moment de ses règles. Quelques vomissements. La menstruation devint irrégulière, retardée et se supprima enfin complètement il y a environ trois ans; la malade avait alors 42 ans. Vers la même époque (1881), le ventre augmenta graduellement de volume, sans aucune douleur, sans poussées inflammatoires.

Pas de phénomènes de compression très marqués; pas de constipation, mictions fréquentes seulement lorsque la malade se lève et marche pendant quelque temps. Quelques engourdissement dans le membre inférieur droit.

Jamais de métrorrhagie; jamais de vomissements, ni de fièvre.

Une ponction fut faite dans le service le 3 novembre 1884. Le trocart de l'appareil Potain fut introduit sur la ligne médiane. On retira d'abord quatre litres de liquide clair, puis, à la fin, un demi-litre de liquide sanguinolent. Après la ponction, le ventre est déprimé du côté droit et reste volumineux à gauche.

Vers le milieu de novembre, le service étant fermé dans l'attente des cholériques, la malade est renvoyée chez elle. Elle rentre à l'hôpital le 16 décembre 1884.

---

vues par conséquent de tout moyen régulier de venir en aide aux malheureux. Sur ces 19,111 communes, 16,571 n'ont pas 1,000 habitants; 11,511 n'en ont pas 500.

D'autre part, l'encombrement des hôpitaux dans les grandes villes est un fait qui frappe tout le monde; on connaît nombre de vieillards et d'infirmes attendant des années avant de pouvoir être recueillis dans quelque hospice. Cependant, des quantités de lits restent vacants dans les hôpitaux et les hospices de province. Pour 1,159 établissements, comptant ensemble plus de 87,000 lits, le calcul, portant sur des données authentiques, a pu être fait; en voici le résultat : En 1886, sur 47,964 lits d'hospice, c'est-à-dire réservés aux vieillards et aux incurables, 10,722, soit 22,45 p. 100, sont restés vacants; — sur 39,248 lits d'hôpital, c'est-à-dire réservés aux malades, 15,709, soit 46 p. 100, sont restés vacants. En un mot, abondance trop grande d'un côté, disette absolue de l'autre; le tout dépendant d'une mauvaise répartition des secours.

On peut remédier à cet état de choses, en faisant une meilleure répartition de ces secours, en les centralisant dans plusieurs communes limitrophes, de façon à ce que les unes, qui possèdent, puissent venir en aide à celles qui n'ont rien, et que chaque commune soit pourvue d'un *bureau* non de *bienfaisance*, qui implique l'idée de secours facultatif, mais d'*assistance*, qui implique l'idée de droit au secours : le principe de l'assistance publique, que voudrait faire accepter M. Monod, et qui est la base des réformes proposées, est le suivant : l'assistance publique, ce n'est pas l'exercice d'une vertu; c'est l'accomplissement d'un devoir de solidarité sociale.

©BIU Santé

Les urines atteignent, en vingt-quatre heures, le chiffre moyen de 750 grammes, oscillant entre 500 grammes et 1,000 grammes sans jamais dépasser ce dernier chiffre.

Le 12 janvier 1885, l'abdomen est dans l'état suivant :

Paroi abdominale œdématiée avec varices lymphatiques de la région hypogastrique; développement notable des veines sous-cutanées; déplissement de l'ombilic.

Dans le ventre existe une tumeur volumineuse, fluctuante, molle dans tous ses points, occupant l'hypogastre, l'ombilic, la moitié de l'épigastre, l'hypochondre et le flanc droits et les deux fosses iliaques. Le flanc et l'hypochondre gauches sont sonores. Pas de frottements péritonéaux.

Les culs-de-sac du vagin sont libres, sauf le cul-de-sac latéral droit où l'on sent une tumeur arrondie, siégeant probablement dans le ligament large droit. L'utérus est immobile.

Mensurations : De l'appendice xyphoïde à l'ombilic, 25 centimètres; de l'ombilic au pubis, 45 centimètres; circonférence au niveau de l'ombilic, 1 mètre 20 centim.; distance de l'épine iliaque antéro-supérieure gauche à l'ombilic, 32 centimètres; de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à l'ombilic, 41 centimètres.

Diagnostic : *Kyste multiloculaire* de l'ovaire avec adhérences probables dans le ligament large droit.

L'*ovariotomie* est pratiquée le 13 janvier 1885, à neuf heures du matin. Anesthésie par le chloroforme. Incision sur la ligne médiane de la longueur d'environ 15 centimètres. Fusion de la paroi du kyste avec la paroi abdominale. Une grosse poche située à la partie supérieure et droite de la tumeur est ponctionnée et vidée par aspiration (liquide brunâtre). Pendant le décollement de la paroi du kyste adhérent à la paroi abdominale, il se produit une abondante hémorrhagie dans le kyste par rupture d'une grosse veine de la paroi qui est très vasculaire. Une pince, rapidement placée sur le vaisseau lésé, arrête l'écoulement du sang. L'hémorrhagie a cependant été assez abondante pour plonger l'opérée dans un état syncopal inquiétant. Agrandissant alors rapidement l'incision abdominale et la prolongeant presque jusqu'à l'appendice xyphoïde, M. Terrier parvient à décoller peu à peu la paroi du kyste; à la séparer d'abord de la paroi abdominale, puis de la face inférieure du foie et à enlever complètement la tumeur. Celle-ci était développée aux dépens de l'ovaire gauche.

L'ovaire droit, kystique, du volume du poing, est également enlevé.

L'utérus contient dans sa paroi plusieurs corps fibreux du volume maximum d'une noix. Sutures de la paroi; dix-huit sutures profondes et deux superficielles.

Le rôle des médecins dans ces réformes est considérable, comme l'indique M. le directeur général de l'Assistance publique à la fin de son discours :

« L'administration pense qu'il faudrait tout d'abord étudier les moyens de venir en aide aux indigents qui ne peuvent pas travailler, qu'ils soient arrêtés dans leur activité temporairement par la maladie, ou bien définitivement par la vieillesse ou les infirmités. Pour cela, quelle objection peut-on faire? Dira-t-on qu'ils auraient dû être prévoyants, mettre de côté dans les années de force de quoi subvenir aux années d'affaiblissement? Certes, il faut par tous les moyens encourager la prévoyance; il faut multiplier les facilités pour qu'elle s'exerce; mais est-il bien sûr que tous les travailleurs puissent épargner? Et, s'ils ne l'ont pas fait, faut-il pour cela les abandonner? Nous demandons que que l'on rétablisse dans la loi, et surtout qu'on fasse entrer dans la pratique des faits, la prescription de la loi du 24 vendémiaire an II (art. 18) : « Tout malade domicilié de droit ou non, qui sera sans ressources, sera secouru à son domicile de fait ou dans l'hospice le plus voisin. » Nous demandons que cette prescription soit étendue aux vieillards et aux infirmes. Nous demandons que, puisque 44 départements ont organisé le service de la médecine gratuite, les 42 autres soient contraints de l'organiser aussi. Nous demandons enfin que la loi vienne au secours de ce que Diderot appelle « la partie de l'espèce humaine la plus à plaindre, les malades indigents. » Quand l'homme ne peut plus travailler, la société doit, à défaut de famille, le secourir. Sur ce point, la doctrine de la Révolution nous semble la vraie, et les difficultés d'exécution ne sont pas insurmontables.

©BIU Santé

Durée de l'opération, une heure dix minutes.

La malade est reportée dans son lit dans un état de prostration extrême. Pouls imperceptible. Respiration presque nulle. Iris insensible à l'action de la lumière. Injections d'éther. Revenue à elle, un quart d'heure plus tard, elle s'éteint à une heure de l'après-midi.

Le kyste se composait d'une masse polykystique du poids de 7 kilogrammes. Une seule grande poche contenait les dix litres de liquide évacués pendant l'opération.

Autopsie le 15 janvier, à sept heures du matin. — Le ventre est tout à fait plat. A l'ouverture de la cavité abdominale, on trouve accumulée dans le flanc droit une petite quantité (environ 100 grammes) de sérosité sanguinolente. Pas de péritonite. Quelques ecchymoses à la face interne de la paroi abdominale.

Tous les organes sont absolument exsangues, et ne présentent d'ailleurs rien d'anormal, sauf l'utérus qui renferme des fibromes multiples.

Cette observation est fort intéressante par la rareté de la cause qui a déterminé l'issue fatale de l'opération. Si, en effet, les fibromes de l'utérus peuvent, lors de leur ablation, donner lieu à des hémorrhagies fort graves, par suite de la lésion des énormes vaisseaux veineux qui d'ordinaire rampent à la surface et dans l'épaisseur de ces tumeurs, il n'en est plus de même des tumeurs kystiques multiloculaires. En effet, c'est la première fois — et cette ovariotomie était notre 99e — que nous nous sommes trouvés en présence d'une complication semblable. Le sang était fourni par de grosses veines rampant dans la paroi du kyste et y constituant de véritables sinus veineux, d'où naissaient une multitude d'autres veinules, surtout aux points où la tumeur était adhérente à la paroi abdominale antérieure. Le décollement des adhérences fort étendues donna lieu à un écoulement déjà véritablement anormal, puis la paroi d'une des masses kystiques se déchira sous l'influence de tractions et un énorme épanchement sanguin se produisit dans la cavité kystique.

Malgré tous nos efforts et ceux de nos aides, il fut impossible de modérer cette perte de sang assez vite pour que la malade pût la supporter. Malheureusement nous n'avions pas d'appareil pour faire la transfusion

---

« D'où viendraient les plus graves de ces difficultés?

« Des médecins? On a dit parfois qu'ils se déroberaient aux exigences d'un service insuffisamment rémunéré, fatiguant, désagréable, ou bien n'y apporteraient qu'un zèle médiocre. Je ne partage pas ces craintes. Ma conviction, fondée sur l'expérience, c'est que l'administration trouvera le corps médical disposé à lui apporter un concours dévoué toutes les fois qu'elle le lui demandera, sans chercher à le faire sortir de son rôle professionnel.

« De la dépense? Elle ne serait pas énorme. Il résulte de calculs faciles à établir que tous les indigents malades de France pourraient être soignés aussi bien que le sont actuellement les membres malades des Sociétés de secours mutuels, moyennant une dépense totale d'environ 29 millions. Or, les dépenses de nos 15,230 bureaux de bienfaisance, qui laissent en dehors une population de 18 millions d'habitants, ont été, en 1884, de 34,450,000 fr. Le rapprochement de ces deux chiffres ne fait-il point ressortir la possibilité de pourvoir, par une bonne organisation, aux frais d'un service médical libéralement ouvert à tous les pauvres? »

M. Monod montre qu'il apprécie à sa juste valeur le dévouement professionnel du corps médical, en disant qu'il peut compter sur son concours pour secourir les indigents; ce ne sera certainement pas de ce côté que viendront les plus grandes difficultés. Mais, ce qui sera peut-être plus difficile à obtenir, ce sera d'amener les communes qui ont leurs bureaux de bienfaisance tout organisés depuis longtemps, bien dotés, à les transformer en bureaux d'assistance, et à partager leurs ressources avec celles qui n'ont

©BIU Santé

parfaitement indiquée dans ce cas, et qui aurait peut-être donné un excellent résultat.

CORRESPONDANCE

Hyères (Var), 17 juin 1888.

Bien honoré collègue,

Il y avait dans le Haut-Rhin deux Associations médicales :

1° La *Société médicale du Haut-Rhin*, Société scientifique fondée en 1829, et son annexe (fondée par ladite Société médicale en 1838 et fonctionnant sous son patronage), la *Société de prévoyance et de secours mutuels des médecins et pharmaciens du Haut-Rhin*.

Le siège de la Société médicale du Haut-Rhin était à Colmar; les séances se tenaient alternativement à Colmar et à Mulhouse.

2° L'*Association de prévoyance et de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin*, fondée en 1861 et agrégée à l'Association générale des médecins de France, siège à Mulhouse, puis transférée à Belfort, avec autorisation du ministre de l'intérieur en date du 30 décembre 1873.

Or, je viens de lire dans la *Gazette hebdomadaire* un article consacré à la Société médicale du Haut-Rhin et à son annexe. Placé comme il est, sous la rubrique « Association de secours mutuels des médecins du Haut-Rhin », cet article peut donner à penser que c'est de notre Association agrégée qu'il s'agit. Je le regrette, parce que chacune de ces deux Sociétés a joué son rôle dans notre vieux Haut-Rhin, et l'a bien joué. La Société médicale du Haut-Rhin a été dissoute par arrêté du 24 avril (comme l'Association agrégée *dans le département de la Haute-Alsace*); son annexe, la Société de prévoyance, aurait pu être sauvée en acceptant de devenir allemande et de s'ouvrir aux Allemands. En assemblée du 3 juin, elle a délibéré comme il est dit en l'article de la *Gazette hebdomadaire*.

Ainsi que moi, la plupart des membres de l'Association agrégée appartenaient à la Société médicale et à son annexe. Les deux Associations, depuis 1861, marchaient parallèlement l'une à l'autre et, à peu de membres près, avec le même personnel. Toutefois, depuis neuf ans, l'administration allemande avait interdit à la Société médicale d'avoir des membres *actifs* sur le territoire de Belfort, — et concédé à l'Association agrégée

---

rien. L'intervention de la loi et de l'Etat sera sans doute de nature à vaincre bien des résistances, mais il ne faut pas s'attendre à organiser ce nouveau service, dont l'importance et l'utilité sont des plus grandes, sans des luttes plus ou moins longues. Mais, lorsqu'une idée est bonne, elle finit toujours, tôt ou tard, par être adoptée de tous, et celle du droit à l'assistance pour tous les malheureux, infirmes, invalides ou malades, ne peut manquer de recevoir un jour son application.

Le Conseil, chargé d'examiner toutes ces questions et en particulier de préparer une loi sur l'organisation de l'Assistance publique en France, s'est subdivisé en quatre sections afin de procéder à l'étude et à la répartition des dossiers. Les bureaux des sections ont été ainsi constitués :

1re Section (services de l'enfance) : président, M. Jules Simon; secrétaire, M. Gerville-Réache; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. Faucon.

2e Section (secours aux indigents valides ou malades, hôpitaux) : président, M. le docteur Jules Rochard; vice-président, M. le docteur Ulysse Trélat; secrétaire, M. le docteur Dreyfus-Brisac; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. le docteur Chevallereau.

3e Section (secours aux indigents âgés ou invalides, hospices, établissements de bienfaisance) : président, M. Tolain; secrétaire, M. le docteur Chautemps; secrétaire-adjoint (nommé le ministre), M. Trissier du Cros.

4e Section (aliénés, dépôts de mendicité, monts-de-piété) : président, M. Hippolyte

©BIU Santé

d'avoir des sociétaires et même des dignitaires sur le territoire devenu allemand. Cela, dit-on alors, ne regardait que la France.

Voilà, bien honoré collègue, un long exposé d'histoire. S'il peut intéresser nos confrères, je ne regretterai pas de vous avoir condamné à le lire.

Agréez l'assurance de ma toute dévouée confraternité. Dr Marquez.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Addition à la séance du 11 juin 1888.

Recherches expérimentales relatives à l'action des médicaments sur la sécrétion biliaire et à leur élimination par cette sécrétion, par MM. J.-L. Prévost et Paul Binet. — La question de l'action cholagogue des médicaments et de leur élimination par la bile, malgré de nombreux travaux, est loin d'être résolue. Nos expériences ont été faites sur deux chiens auxquels nous avons pratiqué une fistule biliaire et que nous avons conservés plusieurs mois en expérience. Elles nous ont donné, en résumé, les résultats suivants :

1° En confirmation des travaux de Röhmann, nos animaux porteurs de fistule biliaire ont pu être maintenus en bonne santé en excluant de leur régime les graisses, qui passent presque entièrement dans les selles, où nous avons pu constater leur présence;

2° La quantité de bile augmente un peu avec l'alimentation, après l'ingestion des peptones surtout. La graisse, d'autre part, n'a pas produit d'augmentation. L'eau froide ou tiède n'amène une légère augmentation qu'aux doses de 150 c. c. à 200 c. c. Les grands lavements d'eau froide, préconisés récemment dans l'ictère, n'ont pas modifié la sécrétion biliaire;

3° Les substances diverses, ingérées dans l'estomac ou injectées sous la peau, peuvent se diviser en quatre groupes, relativement à leur influence sur la sécrétion biliaire;

4° En ce qui concerne l'élimination par la bile des médicaments introduits dans l'organisme, nous pouvons dire qu'elle est peu importante; ils n'y passent généralement qu'en faible quantité;

5° Il n'y a pas de rapport constant entre l'élimination d'une substance par la bile et l'action qu'elle peut exercer sur l'activité de la sécrétion biliaire.

Maze; secrétaire, M. Paul Strauss; secrétaire-adjoint (nommé par le ministre), M. le docteur Pichon.

***

Voici deux documents relatifs à la maladie dont est mort l'empereur Frédéric III, et que nous insérons ici tant pour rectifier le diagnostic que nous avions donné de sa maladie que pour expliquer l'erreur à laquelle les examens microscopiques pratiqués sur des fragments de la tumeur avaient donné lieu.

L'autopsie n'a porté que sur le cou, le larynx, les poumons. A la place du larynx, complètement détruit par le cancer, il s'était formé une cavité presque de la dimension du poing.

L'œsophage n'a pas été perforé, mais le cancer a provoqué des abcès dans la trachée et dans les bronches. La cause immédiate de la mort de l'empereur fut une paralysie du poumon.

Par ordre de l'empereur Guillaume II, le docteur Mackenzie a présenté un rapport sur la maladie de Frédéric III. Il est dit dans ce document qu'il est hors de doute que l'affection dont l'auguste patient a souffert fut le cancer. Mais le diagnostic de ce mal a été extrêmement difficile, parce que, dès le début, les cartilages du larynx furent atteints dans leurs couches profondes, ce qui modifia l'aspect usuel de la maladie.

Dans sa marche, la maladie s'exerçait surtout sur les couches les plus profondes des tissus cartilagineux, ce qui avait pour effet d'obscurcir la physionomie de la maladie.

©BIU Santé

Séance du 18 juin 1888.

Origine infectieuse de certains ulcères simples de l'estomac ou du duodénum, par M. Maurice LETULLE. — J'ai pu constater à diverses reprises une corrélation évidente, pour certains faits, entre l'évolution d'une maladie infectieuse et le développement de lésions ulcéreuses au niveau de l'appareil gastro-duodénal.

J'ai recueilli deux observations qui ont entre elles un point de parenté : c'est l'apparition d'un ulcère simple de l'estomac ou du duodénum au décours d'une maladie infectieuse en voie de guérison. Elles ont encore, selon moi, un même lien pathogénique qui est le suivant : les maladies infectieuses, qui peuvent, jusqu'à une époque plus ou moins avancée de leur évolution, donner lieu à des colonies microbiennes, collectent parfois leurs colonies au niveau de la région gastro-duodénale.

Je me suis efforcé de faire la preuve anatomo-pathologique et expérimentale de cette conception pathogénique qui, s'adressant à une catégorie bien déterminée de faits, n'a nullement la prétention de battre en brèche les idées doctrinales actuellement régnantes, mais peut, au contraire, leur venir en aide.

Une autopsie récente de septicémie puerpérale m'a permis, grâce à l'obligeance de M. Widal, d'étudier deux ulcérations hémorrhagiques récentes de l'estomac. Les veinules sous-jacentes à la muqueuse ulcérée étaient thrombosées et le caillot fibrineux contenait une grande quantité de streptococci; les sinus veineux étaient d'ailleurs farcis des mêmes colonies.

Nous avons pu reproduire, comme preuve expérimentale, sur le cobaye, les mêmes lésions muqueuses et sous-muqueuses, non seulement avec les cultures pures de la dysenterie, mais encore avec le staphylococcus pyogenes aureus. Les lésions que nous avons obtenues variaient depuis des ecchymoses jusqu'à de vastes ulcérations arrondies menaçant de perforer les parois de l'estomac expérimentalement dilaté.

Je crois devoir conclure de ces faits en disant que le mécanisme qui préside à l'établissement de ces lésions ulcératives d'origine infectieuse peut être double : tantôt — ce sont les cas qui me paraissent les plus rares — l'injection de germes pathogènes déglutis permet leur culture à la surface de la muqueuse gastro-duodénale; tantôt les éléments morbigènes, véhiculés au hasard des courants sanguins ou lymphatiques, viennent se greffer dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux. Là, les parasites trouvent un terrain favorable à leur développement, entravent l'apport des sucs nutri-

***

Au sujet de la maladie de l'empereur Frédéric III, M. le professeur Th. Billroth (de Vienne) avait écrit à la *Nouvelle Presse libre*, le 27 mars dernier, une lettre dans laquelle il expliquait la conduite de sir Morell Mackenzie, mais en priant que cette lettre ne fût rendue publique qu'après la mort de l'empereur. L'éminent professeur de Vienne a jugé la conduite de son collègue anglais avec un sentiment de bonne confraternité qu'auraient dû imiter ses confrères de Berlin, et auquel nous sommes heureux de rendre hommage. Voici cette lettre :

« En réponse à votre question relative à mon sentiment sur Mackenzie, je ne puis dire qu'une chose : c'est que j'ai toujours déconseillé de juger un homme qui, en sa qualité de médecin, est retenu dans une position aussi difficile. Je n'ai jamais douté de l'exactitude du diagnostic de mes collègues de Berlin; mais, d'autre part, je n'ai jamais compris pour quels motifs politiques on a cru nécessaire de donner connaissance au public de ce diagnostic. Etant donnée l'expérience de Mackenzie, on ne saurait admettre qu'il ait jamais douté de l'exactitude de ce diagnostic. S'il s'est donné l'air d'en douter, il peut avoir agi sous une pression exercée d'en haut, ou sous l'inspiration d'un sentiment d'humanité.

« Je connais ces situations-là par ma propre expérience; on ne veut pas désavouer les collègues, et pourtant on ne veut pas avouer au malade que son mal est incurable, car le doute portant sur l'infaillibilité du diagnostic des médecins est presque le seul

© BIU Santé

tifs et exposent la muqueuse correspondante à la corrosion des liquides acides qui la baignent.

Les faits qui précèdent me paraissent éclairer quelques-unes des nombreuses obscurités qui entourent encore aujourd'hui l'histoire de l'ulcère simple de l'estomac et du duodénum.

Contribution à l'étude de la physiologie générale des microbes pathogènes, par M. S. Arloing. — J'ai démontré, dans une note précédente, qu'il existe dans l'humeur naturelle, où pullule l'un des microbes de la péripneumonie contagieuse, une substance phlogogène produisant des œdèmes considérables quand on injecte cette humeur — ou même une culture artificielle — dans le tissu conjonctif sous-cutané.

Cette substance possède certains caractères des diastases. Ainsi, la chaleur exagère d'abord et atténue ensuite ses propriétés phlogogènes. De plus, elle est retenue facilement par les filtres en porcelaine.

Ayant continué mes études sur cette substance, je suis parvenu à l'isoler. L'alcool absolu la précipite des humeurs naturelles ou des cultures artificielles où elle se trouve. C'est une substance azotée sur laquelle l'iode ou l'acide azotique n'exercent aucune action spéciale. Elle se redissout très bien dans l'eau et la glycérine. La solution, injectée sous la peau, produit exactement les mêmes œdèmes considérables qui sont engendrés par l'injection des humeurs naturelles ou des cultures dans lesquelles on a tué les microbes par l'action de la chaleur.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Addition à la séance du 12 juin 1888.

Sur la composition moyenne de l'urine normale, par MM. Yvon et Berlioz (1). — Les moyennes relatives au volume et à la densité de l'urine normale éliminée pendant vingt-quatre heures, ainsi que les quantités moyennes d'urée, d'acide urique et d'acide phosphorique correspondantes à cette période, ne sont pas encore fixées avec une approximation suffisante. Il suffit, pour en être convaincus, de comparer les chiffres donnés par les

(1) Extrait d'un mémoire présenté à l'Académie de médecine par M. le professeur Bouchard dans la séance du 12 juin 1888.

moyen d'espoir des malades incurables. *Le mensonge, dans ces cas-là, devient un fait commandé par la morale.* C'est à ce point de vue évidemment qu'il faut se placer pour juger toute la conduite de Mackenzie; il a fait, comme homme et comme médecin, ce qu'il était encore possible de faire après que le mot malheureux de « cancer » eut été prononcé.

« Voilà à peu près comment j'ai exprimé, à diverses reprises, mon sentiment sur le procédé de Mackenzie. Je vous prie de considérer ma lettre comme une communication privée, du moins jusqu'à l'heure où la triste catastrophe se sera produite à Berlin. »

Nous recommandons cette leçon de déontologie aux méditations des chirurgiens de Berlin, qui ont tant malmené MM. Mackenzie et Howell. Simplissime.

Poudre contre l'ozène. — Meyer.

Quinquina pulvérisé..		
Myrrhe pulv.	aâ	10 grammes.
Charbon pulv.		

Mêlez. — Renifler ce mélange plusieurs fois par jour, pour masquer l'odeur fétide de l'ozène. — N. G.

©BIU Santé

divers auteurs, en tenant compte de la nationalité, et, par suite, de la manière de vivre des sujets.

Nous avons choisi parmi 6,000 analyses celles relatives à des urines ne contenant ni sucre, ni albumine, ni pigments biliaires, et qui nous ont paru ne pas trop s'écarter des moyennes d'élimination admises jusqu'à ce jour. Nous en avons réuni 661, dont 347 pour les hommes et 314 pour les femmes, tous adultes et de nationalité française.

	Hommes.	Femmes.
Quantité d'urine émise en 24 heures.....	1300	1100
Densité.....	1022.5	1021.5
Uurée, par litre.....	21 gr. 50	19 gr. 00
— par 24 heures.....	26 gr. 50	20 gr. 50
Acide urique, par litre.....	0 gr. 50	0 gr. 55
— par 24 heures.....	0 gr. 60	0 gr. 57
Acide phosphorique, par litre.....	2 gr. 50	2 gr. 40
— par 24 heures.....	3 gr. 20	2 gr. 60

Conclusions. — La quantité des divers éléments éliminés est plus considérable chez l'homme que chez la femme. Il n'y a exception que pour l'acide urique; en effet, la quantité moyenne de cet acide éliminée en vingt-quatre heures est à peu près égale chez l'homme et chez la femme, et la proportion centésimale est même plus élevée chez cette dernière. Cela tient au genre de vie moins actif de la femme et à ce que le volume de l'urine émise en vingt-quatre heures se rapproche beaucoup du litre et parfois lui est inférieur.

Le rapport de la quantité d'acide urique éliminée pendant vingt-quatre heures à la quantité d'urée produite pendant le même temps est :

Homme, 1/44,50; femme, 1/36,50. La moyenne est donc de 1/40,50.

La moyenne du rapport de l'urée à l'acide phosphorique est de 1/8 environ (homme et femme), au lieu de 1/10 comme on l'avait établi.

Ces rapports nous paraissent être suffisamment justifiés.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Séance du 9 juin 1888. — Présidence de M. Duroziez, ancien président.

Lecture et adoption du procès-verbal.

La *correspondance imprimée* comprend les journaux et revues de la quinzaine; — du ministère de l'instruction publique : la *Revue des travaux scientifiques*, t. VII, nos 9, 10, 11; — la collection des *Anciens alchimistes grecs*, par Berthelot, 2e livraison.

M. E.-R. Perrin s'excuse de ne pouvoir assister à la séance.

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

— M. le Secrétaire général dépose sur le bureau le tome XXII du *Bulletin* de la Société; c'est un volume de près de 300 pages, qui témoigne de l'activité laborieuse de la Société pendant l'année 1887.

— M. Duroziez lit un rapport concluant à accorder à M. Larroque le titre de membre correspondant en échange de celui de titulaire.

— M. Gillebert-Dhercourt lit une note sur le *traitement de la blennorrhagie*.

Messieurs,

Toutes les maladies d'ordre microbien n'ont pas vu, à un point égal, leur thérapeutique modifiée par les découvertes bactériologiques successives. On s'est occupé tout d'abord des affections les plus graves, de celles où la vie du malade est en jeu, c'est assez naturel; mais pourquoi laisser dans l'oubli certains états, de moindre importance, il est vrai, mais bien connus aujourd'hui comme justiciables au premier chef, des moyens antiseptiques?

BIU Santé

Je n'ai point l'intention de faire ici l'histoire de la blennorrhagie, je dirai seulement que je suis avec ceux qui admettent l'existence du gonococcus pathogène.

Dans cette conviction, j'ai abandonné logiquement, je crois, tout le fatras des vieilles formules à la grande satisfaction des malades, qui n'avaient qu'un goût modéré pour les capsules, et surtout les opiats, et j'ai cherché une substance qui, portée directement sur la muqueuse uréthrale, et sans l'altérer en rien, pût détruire le micro-organisme.

J'avais lu, dans une traduction des journaux allemands, une appréciation avantageuse sur l'emploi de sels de thalline, mais les recherches que je fis à ce sujet dans la presse scientifique française ne m'apprirent rien. Toutefois, à ma connaissance, cette même substance avait été utilisée par le docteur Masson, mais alliée à d'autres antiseptiques. Procédé considéré d'une façon générale comme excellent pour assurer la destruction des microbes.

C'est en suivant cette voie que je suis arrivé à employer le tartrate de thalline du 50e au 100e, suivant l'importance du mal, dans une solution de naphtol. Je fais faire avec ce mélange trois injections d'une demie et même d'un tiers de la seringue par jour, en faisant au malade les mêmes recommandations que pour les autres injections.

Par ce moyen, dans la blennorrhagie *aiguë*, j'ai obtenu les résultats suivants :

1° Abolition de la douleur en urinant dès le second jour, et même quelquefois après la deuxième injection;

2° Diminution rapide, puis suppression de l'écoulement du quatrième au sixième jour.

Cette rapidité d'action paraîtra singulière, mais je dois ajouter que, chaque fois qu'un malade a cessé les injections dès la disparition de l'écoulement, celui-ci est revenu; il est donc nécessaire de mettre en garde contre ce résultat hâtif en l'engageant à continuer le traitement pendant quatre ou cinq jours encore, malgré l'apparente guérison.

Sans avoir un nombre considérable d'observations, j'ai pu suivre à peu près 40 malades, et les résultats ont été tellement remarquables que j'ai voulu les porter de suite à la connaissance de mes confrères.

Enfin, c'est un traitement que l'on peut et l'on doit employer dès le début de la maladie, ce qui ne manque pas d'être un progrès sur la mode ancienne, qui consistait à laisser couler avant de couper: une véritable culture.

Dans les vieilles blennorrhagies, le moyen que j'indique n'est ni meilleur ni pire que les autres.

M. Dubuc : Dans le traitement de la blennorrhagie, j'ai fréquemment employé le permanganate de potasse, 0 gr. 02 pour 100 grammes d'eau distillée. J'en ai retiré de bons effets; mais je l'employais en même temps que les bains, la tisane avec bicarbonate de soude. Il m'a semblé que la durée de la maladie était abrégée.

M. Reliquet : Ce qui me paraît important dans le traitement de M. Gillebert-Dhercourt, c'est qu'il abolit la douleur; résultat que l'on n'obtient pas par les autres injections microbicides, telles que le sublimé au 1/20000e ou au 1/40000e. Les injections de sulfate de quinine sont également douloureuses. J'ai été consulté, il y a quelques années, par des jeunes gens devant partir pour le régiment; il importait de les guérir très rapidement; j'y suis arrivé avec des injections de nitrate d'argent, trois à quatre par jour, que j'avais soin de faire moi-même. J'ai pu ainsi faire avorter la maladie dès le début.

M. Fraigniaud : Le procédé de M. Reliquet est ancien, mais il n'est applicable que tout au début. Il importe, dans ces cas, que la cautérisation porte aussi à l'entour du méat.

M. Pellier lit une observation d'*orchite survenue à la suite d'un effort*. (Sera publiée.)

M. Dubuc : La santé générale était-elle bonne au moment de l'accident? Dans les cas tels que celui de M. Pellier, il faut toujours songer à la tuberculose, qui peut se révéler à l'occasion d'un effort. La résolution a-t-elle été complète?

M. Pellier : Oui. Il n'y avait aucun antécédent tuberculeux.

— La séance est levée à cinq heures et demie.

©BIU Santé

VARIÉTÉS

Nous rappelons l'attention de nos lecteurs sur le Congrès pour l'étude de la *tuberculose chez l'homme et chez les animaux*, qui doit avoir lieu à Paris du 25 au 31 juillet, sous la présidence de M. le professeur Chauveau, membre de l'Institut, et qui paraît devoir obtenir un grand succès.

De nombreuses Sociétés savantes françaises et étrangères y seront représentées par leurs délégués, en particulier l'Académie des sciences, les Académies de médecine de Paris, de Turin et de New-York, les Sociétés médicales : des hôpitaux de Paris, de Bordeaux, de Toulouse, de Boulogne-sur-Mer, de l'Yonne, de Liège, de Bristol, de Glasgow, la Société de chirurgie de Paris, la Société anatomique de Paris, la Société anatomo-clinique de Lille, etc. Les Sociétés vétérinaires de Copenhague, d'Utrecht, de Buda-Pesth, de Paris, des Ardennes, de la Lorraine, de l'Yonne, de la Marne, du Lot-et-Garonne, du Loiret, du Puy-de-Dôme, de l'Eure et de la Seine-Inférieure, etc.

Adresser les cotisations (10 francs) à M. G. Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain, et les communications à M. le docteur Petit, secrétaire général, 11, rue Monge.

COURRIER

La première session du Conseil supérieur de l'Assistance publique a été ouverte le 13 juin 1888, sous la présidence du ministre de l'intérieur.

M. le docteur Théophile Roussel, sénateur, a été nommé vice-président du Conseil ; M. le docteur A.-J. Martin, secrétaire.

La deuxième section (secours aux indigents valides ou malades, hôpitaux) a un bureau entièrement médical. Président, M. Jules Rochard ; vice-président, M. Ulysse Trélat ; secrétaire, M. Dreyfus-Brisac ; secrétaire adjoint, M. Chevallereau.

M. le docteur Chautemps est nommé secrétaire de la troisième section (secours aux indigents, âgés ou invalides, hospices, établissements de bienfaisance).

M. le docteur Pichon est nommé secrétaire adjoint de la quatrième section (aliénés, dépôts de mendicité, monts-de-piété).

— M. le docteur Dupont, conseiller général de la Haute-Savoie, est nommé officier d'Académie.

— La neuvième chambre correctionnelle vient de condamner pour exercice illégal de la médecine et homicide par imprudence, le nommé Louis Casau, se disant docteur en médecine, à 2,000 fr. d'amende et au remboursement des honoraires perçus.

Le même jour, la onzième chambre correctionnelle a condamné, à trois mois de prison, le nommé Louis Sotiau, pour exercice illégal de la médecine, etc., etc.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Adrien Kusmierski, ancien interne des hôpitaux de Bordeaux, proclamé, avec le n° 1, externe des hôpitaux de Paris, au concours de 1887. Ce malheureux jeune homme, fils et petit-fils de médecins, a succombé à une angine diphthéritique contractée dans l'exercice de ses fonctions.

POSTE MÉDICAL. — On demande un jeune médecin pour une localité du département de Seine-et-Oise. — S'adresser, pour les renseignements, à M. le docteur Piogey, 24, rue Saint-Georges.

Une ou deux *Pilules de Quassine Frémint* à chaque repas donnent de l'appétit et relèvent très rapidement les forces.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

© BIU Santé

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Paul Cuéron : Les procédés actuels de recherche et de dosage de l'albumine. — Valeur diagnostique et pronostique de la peptonurie et de la globulinurie. — II. Lucien Deniau : Sur un point nouveau de la physiologie de la respiration. — III. Revue des journaux : Nouveau traitement de la blennorrhagie. — Epistaxis. — Jumeaux. — Maladie de Bright. — IV. Académies et Sociétés savantes : Société de chirurgie. — Société médicale des hôpitaux. — V. Courrier. — VI. Feuilleton : Salon de 1888. — VII. Formulaire.

REVUE DE CHIMIE MÉDICALE

Les procédés actuels de recherche et de dosage de l'albumine. Valeur diagnostique et pronostique de la peptonurie et de la globulinurie (1).

II

Depuis l'époque ou nous avons publié ici même une Revue sur la valeur diagnostique et pronostique des différentes variétés d'albumine que l'on peut rencontrer dans l'urine (*Union médicale*, 2e semestre 1886), les idées sur l'importance de la globulinurie ont beaucoup changé.

En premier lieu, il paraît bien probable, nous l'avons dit plus haut, qu'il n'existe pas de globulinurie à l'état isolé. La plupart des auteurs et nous-mêmes n'avions pas su reconnaître l'importance que présente la neutralisation préalable de l'urine. M. le professeur Jaccoud avait admis que, dans les albuminuries dites fébriles, la globuline existe à l'exclusion de la sérine. Ott a démontré que le fait n'était pas réel, et, pour lui, la sérine

(1) Suite et fin. — Voir le numéro du 21 juin 1888.

FEUILLETON

SALON DE 1888.

IV

Un certain nombre des branches de l'art, aujourd'hui négligées du public, sont cependant dignes à bien des égards d'attirer son attention. Les unes, telle l'architecture, ont contribué à la grandeur du pays; les autres, le pastel, le dessin, la miniature, la gravure en médailles ont produit et produisent encore aujourd'hui de petits chefs-d'œuvre où se retrouvent assez souvent des qualités qui manquent parfois dans la grande peinture.

En architecture, nous pouvons signaler le beau « Monument à Henry Bouley » de M. Monjoze, qui doit être inauguré à l'Ecole d'Alfort; un « Projet d'hospice pour les aveugles », de M. Hérieux, et le « Monument funèbre de Paul Bert élevé à Auxerre », par M. Bartholdi. Etendu pour dormir son dernier sommeil, le noble savant, qui n'avait pas besoin de la politique pour vivre dans la mémoire des hommes, soutient encore de sa main glacée le drapeau de la patrie qu'il aimait tant. La simplicité de cette belle œuvre n'en exclut pas la grandeur.

Nous avons déjà cité, parmi les pastels, les bébés de M. Deschamps, mais on les revoit

©BIU Santé

ne fait jamais défaut. C'est aussi le résultat auquel nous avaient conduit quelques expériences comparatives entreprises depuis notre premier travail. Notre excellent collègue Jeanton, dans la thèse que nous avons déjà eu occasion de citer, émet quelques doutes sur la valeur des idées de Jaccoud, mais cependant a trouvé de la globulinurie isolée chez deux malades sur quatre chez lesquels il a rencontré cette albumine. Dans ces deux cas, l'urine était faiblement acide, alcaline ou neutre (obs. XI); faiblement acide (obs. XII). De l'ensemble de ses observations, Jeanton conclut seulement que la globuline n'existe pas dans toutes les néphrites chroniques, et que, lorsqu'elle existe, elle paraît suivre une marche assez régulière se montrant, disparaissant d'un jour à l'autre sans cause bien appréciable.

Kamensky appelle rapport albumineux le quotient de la division du chiffre de la sérine par celui de la globuline. Il admet (d'après quatre observations) qu'il n'y a aucune relation entre la quantité d'albumine et le rapport albumineux, et que les variations de ce dernier ne fournissent pas d'indications utiles. Viglézio a étudié la globulinurie dans un grand nombre de maladies : néphrites, pneumonies, tuberculose aiguë, fièvre typhoïde, etc.; il ne lui reconnaît aucune valeur diagnostique ou pronostique et regarde la présence de quantités considérables de globuline dans l'urine cemme liée le plus habituellement à celle du sang ou d'éléments histologiques.

La sérine peut-elle exister seule dans une urine albumineuse? C'est l'opinion de Petri et celle de Jeanton, ce n'est pas celle de Lecorché, pour qui les deux substances coexistent toujours, en proportions des plus variables, il est vrai. Pour apprécier les rapports des deux corps il divise, comme Kamensky, le chiffre de la sérine par celui de la globuline; moins cette dernière est abondante, plus le quotient est élevé. Voici les conclusions auxquelles l'ont amené ses recherches. Le rapport de la sérine et de la globuline, très variable dans l'urine brightique, est plus élevé dans l'urine du jour que dans celle de la nuit, dans l'urine de la digestion que dans l'urine du jeûne; il atteint son maximum dans l'urine de la fin du jour, après le

---

avec tant de plaisir que nous les mentionnerons encore. M. Saintin a envoyé deux charmants portraits, M. Tourny une belle tête de M. Chevreul. Notons encore parmi les pastellistes, M. Feyen-Perrin, Mmes Delance-Feurgard, Dequen et Dreyfus.

Il semble que nous assistions à une renaissance de la miniature. Tout le monde, en effet, ne peut pas s'offrir un portrait de M. Bonnat, et, d'autre part, beaucoup commencent à trouver que, malgré ses progrès, la photographie n'est pas le dernier mot de l'art. Les amateurs ont à regretter cette année la mort de M. Camino, dont les dernières œuvres éveillent de nouveaux regrets. M. Landerset a fait des envois où nous retrouvons la couleur charmante qui lui est familière; nous aimons moins son étude de nu. Il faut que les miniaturistes en soient bien persuadés, leur art, actuellement, doit être réservé au portrait; c'est là qu'il trouve son triomphe, et le paysage ou l'académie, en miniature, nous ont toujours paru un non-sens. Mme Lucy Chéron a exposé deux portraits d'une ressemblance frappante et d'un ferme modelé où l'on retrouve ses qualités habituelles, et Mme Isbert six portraits, parmi lesquels nous noterons surtout une jeune femme en Japonaise et une jolie étude moyen âge. Signalons encore deux jolies jeunes filles de Mme Gruyer-Brielman et cinq portraits de Mme Sarauw.

C'est bien de la sculpture que trop souvent l'on peut dire que l'art ne fait pas vivre l'artiste. Malgré cela, la grande majorité des envois faits par l'école française continue à être remarquable. Nous sommes forcé d'être bref, mais devons cependant dire un peu du bien que nous pensons de l' « Agar et Ismaël » de M. Aizelin. L'artiste a bien exprimé

©BIU Santé

deuxième repas, et son maximum dans l'urine du matin à jeun, avant toute alimentation. Le rapport baisse sous l'influence d'un régime trop albumineux et se relève sous celle de la diète lactée ; il est plus élevé dans les périodes d'amélioration, très faible dans les poussées aiguës et dans les périodes terminales de la maladie. On observe le chiffre minimum dans les formes du mal de Bright avec gros rein blanc et la proportion de globuline peut être plus forte que celle de sérine dans le rein amyloïde. Le pronostic devient très grave quand le rapport tombe au-dessous de 1. Les variations dépendent plus de l'état général que de celui du rein et les changements dans l'urine permettre de se rendre compte assez exactement de ceux qui se produisent dans le sérum sanguin.

On voit que les opinions des auteurs sont très divergentes. En fait, il nous semble que cette question de la valeur de la globuline est à reprendre entièrement. Il faudra faire un grand nombre d'examens, se servir de la pesée pour établir les chiffres exacts, et c'est seulement alors que l'on pourra arriver à des résultats à l'abri de toute contestation.

Comme nous l'avons dit plus haut, la peptonurie a donné lieu à de nombreux travaux. Pour la commodité de l'exposition, il convient d'admettre trois grandes variétés de peptonurie : les peptonuries pyogénique (Hofmeister, Maixner, V. Jaksch), hématogène (V. Jaksch) et enfin entérogène (Maixner). Il faut dire que ce ne sont là que des divisions purement transitoires, et que l'on peut être tenté facilement de multiplier puisque Bouchard, comme nous le verrons tout à l'heure, a admis une peptonurie hépatique et d'autres une peptonurie rénale.

La peptonurie pyogénique est ainsi nommée parce qu'elle indique la présence du pus dans l'organisme lorsque l'on a éliminé les autres causes qui peuvent faire passer les peptones dans l'urine. Ce serait dans cette classe que rentrerait la peptonurie de la pneumonie à la période de résolution, de la pleurésie ou de la méningite suppurée. Pour la méningite, la constatation de la peptonurie permet d'éliminer la méningite tuberculeuse et de penser à la méningite cérébro-spinale épidémique. Quand il s'agit

---

le désespoir farouche d'un mère qui voit son enfant sur le point d'expirer sans pouvoir lui porter secours. « Le moissonneur » de M. Richer a un fort beau mouvement, le tronc et les bras sont remarquablement modelés. Mais pourquoi M. Richer, au lieu d'armer sa statue d'une faux nouveau modèle, ne s'est-il pas borné à indiquer le mouvement? Il nous semble qu'il y a là une recherche de mauvais naturalisme. M. Léojanti a envoyé un gigantesque docteur Guépin destiné à la ville de Pontivy; il prouve une fois de plus combien le costume moderne convient peu à la statuaire. Cela ressort aussi de l'examen de la statue sculptée par M. Mercier pour un tombeau qui doit être édifié à Constantinople. « La danse » de M. Delaplanche est un morceau hors ligne. Quelle grâce et quelle légèreté dans cette figure de jeune femme à peine voilée par un léger tissu et qui semble, pour ainsi dire, suspendue dans les airs. C'est aussi une bien jolie fille que la « Nymphe chasseresse » de M. Falguière, mais elle n'a d'une nymphe que le nom, et le modèle du maître a dû voir le jour sur une des collines parisiennes; cela doit nous être bien égal, puisque la femme est jolie. Très moderne aussi l' « Ève » de M. Marqueste; le manque de feuille de vigne ne paraît pas la préoccuper beaucoup, et cependant le paradis doit être déjà loin si l'on en croit l'opulence des formes de notre première mère.

Le « Monument du comte de Chambord » par M. Carovanniez, avec ses quatre figures placées aux angles de son grand piédestal, paraît certainement un peu nu. Mais il ne faut pas trop se hâter de le juger, et il conviendra de le voir à Sainte-Anne-d'Auray, dans le milieu pour lequel il a été fait.

©BIU Santé

d'une tumeur abdominale, de phénomènes d'affaiblissement et de fièvre indiquant souvent une suppuration profonde, la constatation de l'absence ou de la présence du symptôme a une grande importance, et Von Jaksch cite à ce propos une observation bien démonstrative de Nothnagel. Dans le rhumatisme articulaire aigu, dans les suppurations anciennes, ou trouve très souvent la peptone dans l'urine. Nous avons déjà parlé de ces faits dans notre précédente Revue et n'y insisterions pas plus longtemps si nous ne tenions à donner les résultats obtenus récemment par Maixner.

Les chiffres journaliers les plus élevés que cet auteur ait observés sont 4 gr. 96 et 4 gr. 112; la proportion pour 100 la plus considérable a été 0,69 dans un cas de pneumonie. Dans cette dernière maladie, c'est un peu avant la défervescence que commence l'élimination, le maximum se trouvant au moment de la crise et dans les jours qui la suivent. (Notons que Salkowski regarde la peptonurie pneumonique comme peu fréquente.) Dans un cas de gangrène pulmonaire, la peptone fut sécrétée à peu près toujours dans les mêmes proportions sauf quelques recrudescences tenant à la marche de la lésion locale. Des quantités très variables ont été observées dans la pleurésie purulente; le maximum se montre quand une pression thoracique trop considérable ne met pas obstacle à la résorption. Les peptones sont très abondantes dans les péritonites suppurées; enfin, dans le cancer de l'estomac, les variations sont très grandes par suite de la grandeur variable des ulcérations, du plus ou moins d'abondance des vomissements, etc.

La peptonurie entérogène, ou plus généralement celle qui se produit dans les affections du tube digestif, a été vue dans les processus ulcéreux de l'estomac et de l'intestin, dans l'embarras gastrique fébrile et enfin dans la dilatation de l'estomac. G. Sée, Mathieu et surtout Bouchard ont beaucoup insisté sur ces faits que l'on trouvera exposés dans tous leurs détails par le docteur Le Gendre dans une Revue parue dans ce journal (1886, n° 136). Le symptôme se voit dans 16 p. 100 des cas de dilatation et ne dépend pas de

---

Comme œuvre à part, il faut noter les « Fauves écorchés » de M. Deyrolles, belles études anatomiques.

Les bustes sont, comme toujours, très nombreux. Nous ne pouvons malheureusement que signaler au passage le Chevreul de M. Guillaume, le Rochefort de M. Dalou, le Renan de M. Bernstamm, un buste de femme par M. H. Cordier, le Carnot de M. Chapu.

Nous terminerons en mentionnant les portraits des docteurs Gandais par M. Cariou, E. Martel par M. Carlos, Ch. Robin par M. Aubé, H. M... par M. Moreau, Hermant par M. Toussaint, Robinet par M. Rolard, et prendrons enfin congé en demandant humblement à Mme L. D... la permission de baiser sa jolie main que M. Mathieu-Meusnier nous a permis d'admirer

D. Norech.

Potion contre les douleurs stomacales. — D'Ardenne.

Extrait de coca.....	4 à 5	grammes.
Hydrolat de tilleul.....	100	—
Sirop de fleurs d'oranger.....	30	—

F. s. a. une potion à donner par cuillerées d'heure en heure, jusqu'à cessation des douleurs qui ont leur siège dans l'estomac, quelles qu'elles soient. — Le docteur Cunéo (de Toulon) a obtenu de très bons résultats avec le chlorhydrate de cocaïne. En l'administrant dans une potion, à la dose de 0 gr. 30 à 0 gr. 50 centigr. par jour, il a vu disparaître à la fois les douleurs et les vomissements, et même les vomissements incoercibles de la grossesse. — N. G.

©BIU Santé

la congestion hépatique; il se rencontre surtout au début et est causé par le trouble des fonctions digestives.

Dans la peptonurie hématogène, on peut ranger celles du scorbut, des maladies infectieuses (rougeole, scarlatine, etc.), de l'anémie pernicieuse, peut-être celle de plusieurs empoisonnements, tel que celui par le phosphore.

Pacanowski a étudié la peptonurie de la fièvre typhoïde; il l'a trouvée 25 fois sur 36 cas et ne l'a constatée qu'au moment de la défervescence; c'est aussi au moment de la convalescence que cet auteur l'a vue dans la scarlatine.

Le professeur Bouchard a insisté sur la peptonurie hépatique qui a été étudiée par Le Gendre (*loc. cit.*); sur 76 malades apyrétiques ayant un gros foie, l'éminent clinicien a trouvé vingt fois la peptonurie. On doit probablement ranger dans cette classe l'élimination des peptones qui se produit dans la lithiase biliaire; Alison, qui a signalé ce fait, lui accorde une grande importance pour le diagnostic de la lithiase dans ses formes larvées. (*Arch. de méd.*, 1887, août.)

Dans quelle classe ranger la peptonurie puerpérale de Fischel? Barone l'a étudiée récemment avec détails (*Annali di Ostetrica e Ginecologia*, IX, 1887, 202, et *Journ. de méd. de Bruxelles*). D'après lui, elle accompagne tout accouchement normal, mais ne se présente pas toujours avec des caractères identiques. Peu marquée le premier jour de l'accouchement, elle augmente le second et le troisième et atteint son maximum le quatrième. Elle décroît à partir de ce moment, subit une augmentation manifeste vers le huitième ou le neuvième jour, puis reprend sa marche décroissante jusqu'au douzième jour où elle disparaît. Si le fœtus est macéré, il n'y a pas de peptone ou très peu. Dans les derniers jours de la grossesse, les urines contiennent aussi des peptones qui se retrouvent dans celles émises pendant le travail. La peptonurie marche du même pas que l'évolution utérine. Trozzi a observé aussi la peptonurie puerpérale dans les premiers jours après l'accouchement; il l'attribue à un trouble de la nutrition générale.

Y a-t-il une peptonurie rénale? Petri a vu la peptone 25 fois sur 41 cas de néphrite aiguë ou chronique, tandis que Pohl n'admet le corps anormal que quand l'urine est acide. Bouchard croit à la coïncidence fréquente avec l'albuminurie, mais il a vu manquer souvent la peptone quand la quantité d'albumine éliminée est considérable. Jeanton, d'autre part, ne l'a jamais rencontrée chez ses brightiques, et Lecorché, enfin, insiste sur les difficultés de la recherche des peptones dans une urine fortement albumineuse. Il signale à ce propos le travail de Mya d'après lequel, dans les urines chargées d'albumine, il pourrait se produire des peptones par l'action sur l'albumine d'un ferment urinaire analogue à celui que l'on a signalé dans l'urine normale.

Malgré tous les travaux que nous venons d'énumérer, la peptonurie reste encore peu connue, et, cliniquement, sa recherche est toujours difficile. Nous croyons cependant pouvoir espérer que l'on trouvera dans la différenciation des albumines urinaires d'utiles indications pronostiques et diagnostiques, et c'est pourquoi nous tenons nos lecteurs au courant des recherches sur ce sujet.

Paul CHÉRON.

©BIU Santé

Sur un point nouveau de la physiologie de la respiration,

Par Lucien Deniau.

Les hypothèses se sont succédé pour expliquer le mécanisme des échanges respiratoires, sans qu'aucune d'elles ait réussi à satisfaire l'esprit en se fondant sur un fait constatable. Le point obscur, c'est le mécanisme de l'exhalation de l'acide carbonique.

On a renoncé, depuis longtemps, à admettre la simple diffusion de l'acide carbonique passant du sérum qui le contient en dissolution dans l'air des vésicules pulmonaires, car l'air des alvéoles pulmonaires, loin de ne contenir que peu d'acide carbonique, en est au contraire très riche, puisqu'il en renferme jusqu'à 8 p. 100 de sa composition, ce qui constitue évidemment une condition peu favorable au dégagement de cet acide, une partie de ce dernier existant en outre à l'état de combinaison avec les sels du sérum (Emile Fernet).

Paul Bert a même cherché à démontrer que l'acide carbonique n'existait dans le sérum sanguin que dans ce seul état de combinaison chimique et non en dissolution simple par la raison que, les alcalis du sérum n'étant pas saturés d'acide carbonique, celui-ci ne pouvait se trouver en état de dissolution qu'à la condition que les protocarbonates et phosphates alcalins fussent d'abord transformés en bicarbonates et saturés d'acide carbonique.

Mais les conclusions *a posteriori* de Paul Bert n'ont été inspirées, après ses expériences *in vitro*, que par l'impossibilité de découvrir dans la physiologie une cause mécanique susceptible de déterminer par elle-même *le départ* de l'acide carbonique; de là l'hypothèse que la sortie de ce gaz hors du sérum sanguin pendant la traversée du poumon ne pouvait consister qu'en un phénomène de dissociation.

On sait que, pour légitimer cette interprétation de la nature purement chimique du mécanisme d'émission de l'acide carbonique, Robin et Verdeil inventèrent l'acide pneumique destiné, dans leur idée, à déplacer rapidement CO^2 de ses combinaisons hypothétiques (quoique possibles) dans le sérum sanguin.

Mais l'induction parut trop forcée et on renonça bientôt à invoquer l'intervention d'un agent dont on n'avait jamais pu prouver l'existence.

Aujourd'hui on charge de ce rôle l'oxyhémoglobine résultant de la combinaison de l'oxygène et de l'hémoglobine du globule rouge, et l'on suppose que celle-ci, jouant pour la circonstance le rôle d'un acide et non d'un oxyde, amène le dégagement, en le déplaçant, de l'acide carbonique.

Récemment, M. le docteur Dupont a invoqué un autre élément, à savoir une action élective, une propriété physiologique de la cellule épithéliale pulmonaire jouissant au même titre que les autres cellules d'épithélium de la faculté de choisir, de séparer et d'éliminer la molécule d'acide carbonique, objet de sa sécrétion, comme d'autres choisissent, séparent et éliminent la molécule de glycogène, d'albumine, d'eau, etc.

Il est rationnel d'admettre que la cellule épithéliale joue un rôle actif dans la dialyse de l'acide carbonique, mais celui qu'on prête à l'oxyhémoglobine reste hypothétique, car on ne l'invoque que pour les besoins de la cause et pour accommoder la réalité aux conclusions plus ou moins hypothétiques elles-mêmes des recherches de Paul Bert (1).

Un fait récemment constaté par le professeur Von Fleischl (de Vienne) semble destiné à fournir plus naturellement et plus directement la solution du problème.

La constatation d'un phénomène physique resté jusqu'ici inobservé est l'idée mère sur laquelle repose toute la nouvelle théorie.

Elle attribue le *départ* de l'acide carbonique, sa dialyse rapide à travers l'épithélium vasculo-alvéolaire à la brusque libération de cet acide hors de la solution qui le contient, libération effectuée par la secousse qu'impriment aux poumons, c'est-à-dire aux vaisseaux renfermant la solution carbonique, les battements du cœur.

Si on expose à une pression négative un liquide contenant un gaz en dissolution à

(1) Académie des sciences, 22 octobre 1878.

CHU Santé

une pression un peu supérieure, au moment où commence à s'établir cette diminution de pression, le gaz en dissolution se dégage; si la colonne liquide est en parfait équilibre et soustraite à toute secousse, une petite quantité seulement de ce gaz est mise en liberté, on le voit monter en bulles, qui éclatent à la surface du liquide, mais vient-on à ébranler légèrement la masse de la solution par une simple percussion sur le vase au moment ou un peu avant le moment où la pression négative commence à s'établir et à déterminer l'effusion du gaz, aussitôt la presque totalité de celui-ci est mise en liberté instantanément, et, au lieu de ce dégagement s'effectuant bulle par bulle, on voit le liquide se transformer soudain en une véritable masse mousseuse par suite de la séparation rapide des molécules du gaz et des molécules liquides.

La quantité de gaz ainsi extraite est cent fois plus grande pour le même abaissement de pression dans le même temps après percussion du liquide qu'avant cet ébranlement.

Y a-t-il là rien qui doive nous étonner, la matière n'est-elle pas coutumière de ces subites transformations moléculaires?

Rien n'est plus logique ni plus nécessaire pour ceux que pénètrent les grandes théories réguantes, honneur de notre siècle, sur les rapports intimes de la matière primordiale et du Mouvement ou de l'Energie, sur les variations de la constitution et des aspects de l'une avec les modalités de l'autre, sur leur influence réciproque, sur leur mutabilité et leur pérennité dans l'infini du temps et de l'espace, conceptions dont le génie d'Helmoltz et de William Thomson ont *presque* acquis la démonstration aux conquêtes de la science expérimentale.

C'est par un phénomène analogue que l'acier ou le fer, soumis à des trépidations répétées, deviennent mille fois plus cassants que le verre le plus fragile; qu'une masse d'eau amenée lentement au-dessous de son point de coagulation ordinaire reste fluide, si rien ne la fait sortir de son état d'équilibre moléculaire, mais se prend soudain en un bloc de glace si le moindre ébranlement vient à modifier le mode vibratoire atomique qui la régit; c'est encore ainsi qu'une solution concentrée à chaud et lentement refroidie de sulfate de soude se cristallise brusquement, et en masse, si un ébranlement léger ou la projection d'un cristal microscopique de sel de Glauber, ou d'un autre corps appartenant au même système cristallographique, vient à y introduire l'impulsion nécessaire pour déterminer le mode d'orientation vibratoire propre au nouvel état moléculaire de la masse cristalline solide.

Quoi qu'il en soit, il est facile de faire la vérification et la démonstration du fait fondamental observé par le professeur Von Fleischl.

L'expérience peut être reproduite à l'aide d'une seringue à injection hypodermique, dont le corps de pompe est garni, à sa partie inférieure, d'un robinet.

On remplit lentement, et avec soin, la moitié inférieure du corps de pompe avec de l'eau bien aérée, puis le robinet inférieur est fermé.

L'élévation graduelle et lente du piston, jusqu'au bout de sa course, détermine un abaissement de pression à la surface du liquide, et une certaine quantité de gaz dissous est mise en liberté.

On laisse le piston revenir lentement à la surface du liquide, on retourne la seringue et on ouvre le robinet devenu supérieur par cette inversion de façon à se débarrasser de la petite quantité d'air qui s'est dégagée. Cela fait, le robinet fermé et le piston de nouveau en contact avec le liquide, donnez un choc au piston ou soulevez-le en le laissant retomber brusquement à la surface de l'eau, de façon à ébranler légèrement sa masse.

Si au bout d'une demi-minute, par exemple, après le choc, on soulève de nouveau le piston, on voit le liquide, primitivement clair et limpide, devenir subitement blanchâtre, entrer en effervescence et se changer en une masse de mousse par le dégagement soudain et abondant de l'air qui y était maintenu en dissolution, et dont le choc a rompu l'union moléculaire avec les molécules liquides.

On voit maintenant l'importance du phénomène signalé par le célèbre physiologiste de Vienne dans l'interprétation du mécanisme, suivant lequel le sérum du sang pulmonaire est rapidement débarrassé de l'acide carbonique qu'il contient, et comment on peut concevoir la rapide exosmose de ce gaz dans l'atmosphère des vésicules pulmo-

©BIU Santé

naires, tandis que l'oxygène est, lui, non dissous, mais fixé et chimiquement uni à l'hémoglobine du plasma.

A chaque systole, le cœur vient imprimer à la solution gazeuse contenue dans les ramifications des veinules pulmonaires l'ébranlement nécessaire pour déterminer la séparation rapide du liquide et du gaz. La diminution de pression qui résulte et des alternatives de dilatation et de contraction du cœur transmises par le péricarde, d'une part, et du jeu de la cage thoracique de l'autre, vient déterminer et compléter le phénomène.

Sous l'influence du choc cardiaque, les rapports moléculaires intimes du gaz et du liquide se trouvent modifiés, comme ils le sont dans l'expérience précitée.

Il est possible que ce mécanisme ne soit pas le seul en jeu dans le fait physiologique considéré, mais il y a des raisons pour admettre que son rôle a une certaine importance.

La participation active du choc cardiaque, dans l'accomplissement régulier de l'hématose, permet d'attribuer à l'affaiblissement des contractions du muscle du cœur une part peut-être plus considérable qu'on ne l'avait pensé jusqu'ici dans la genèse de la cyanose. Ajoutons que l'anatomie et la physiologie comparées fournissent un certain nombre d'arguments à l'appui des idées exposées dans cette note. — Lucien Deniau.

REVUE DES JOURNAUX

Nouveau traitement de la blennorrhagie. — Le docteur Rademaker, de Louisville (*Kentucky*), considérant que la blennorrhagie est une maladie locale et, de plus, sous la dépendance d'un parasite, pense qu'un traitement local seul doit lui être appliqué, mais que ce traitement doit avoir pour agent un parasiticide ; et il n'a trouvé aucun médicament aussi efficace que la pyridine qu'il considère comme le meilleur des *antiparasites*, employée en injections uréthrales, au moyen d'une solution dans la proportion de dix centigrammes pour 30 grammes d'eau. Il affirme que ce moyen de traitement effectue la guérison en trois ou quatre jours, sans qu'aucun autre traitement soit nécessaire. (*Albany med. ann.*, février 1888). — R.

Epistaxis. — Le docteur Jonathan Hutchinson traite l'épistaxis en plongeant les pieds et les mains du patient dans l'eau la plus chaude qu'il puisse supporter. Les cas les plus rebelles, dit-il, n'ont jamais résisté à ce mode de traitement. (*The Physician and Surgeon*, février 1888). — R.

Jumeaux. — Le docteur Sirois, des Trois Rivières, Massachusetts, cite le cas d'une femme, qui à la onzième semaine d'une grossesse double, ayant fait une violente chute, fut délivré d'un fœtus quelques jours après, puis, à terme, donna naissance à un enfant bien portant. (*The Physician and Surgeon*, février 1888). — R.

Maladie de Bright. — Pour une forme quelconque d'albuminurie liée à une néphrite, le docteur Semmola recommande le traitement suivant : 15 grains (le grain anglais vaut environ 6 centigr.) d'iodure de potassium, 30 grains de phosphate de soude, 90 grains de chlorure de sodium, dissous dans de l'eau et donnés dans les vingt-quatre heures, soit sans mélange, soit avec du lait. (*The Physician and Surgeon*, février 1888). — R.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin. — Présidence de M. Le Dentu.

Sommaire : Suite de la discussion sur la suture primo-secondaire des plaies. — Inversion utérine. — Kyste de la région sacro-coccygienne. — Trépanation.

M. Trélat défend depuis longtemps cette doctrine que le progrès en chirurgie est du

© BIU Santé

côté des pansements rares. Pour atteindre ce but, il a été conduit à la simplification des éléments du pansement. Il faut, pour qu'une plaie guérisse vite, avoir l'asepsie, l'affrontement, l'écoulement des liquides sécrétés; les deux premières conditions pouvant suffire, M. Trélat a cherché de plus en plus à supprimer les drains, et y est parvenu dans la majorité des opérations. Quand l'affrontement est mal fait, il se forme dans la plaie une cavité où s'accumule du liquide. Ce n'est pas l'étendue de la plaie qui commande l'emploi des drains, c'est la possibilité ou l'impossibilité d'affronter. Dans les opérations de hernies, d'ablation de tumeurs, dans des amputations importantes, il a eu de bons résultats sans drainage. Il ne faut pas juger la question d'une façon absolue. N'avait-on pas préconisé autrefois le drainage dans les opérations abdominales, pour le rejeter ensuite complètement? Aujourd'hui, on le pratique avec succès, mais seulement dans certains cas déterminés.

M. Lucas-Championnière fait remarquer qu'à la dernière séance on n'a pas discuté le drainage dans les plaies, mais seulement la suture primo-secondaire préconisée par Kocher (de Berne). La question du drainage est venue d'une façon accessoire; on a dit que le drainage ne retarde pas la guérison des plaies, et qu'il n'a pas de tels inconvénients qu'il faille, pour le supprimer, imaginer des procédés compliqués ou défectueux.

M. Trélat partage l'opinion générale de la Société sur la pratique de Kocher. S'il a parlé à son tour du drainage, c'est que tous les orateurs, dans la dernière séance, ont été amenés à donner leur avis sur cette question.

— M. Tillaux fait un rapport sur une observation envoyée par le docteur Leprévost (du Havre) et intitulée : *Inversion utérine irréductible, ablation de l'utérus par la ligature élastique, guérison.* L'inversion était survenue à la suite d'une délivrance faite sans précautions, et M. Leprévost se servit du procédé de Périer. Il a cherché si la surface de la tumeur était sensible. Par la piqûre, par l'application du chaud ou du froid, il l'a trouvée insensible, quoiqu'il s'agît de la muqueuse utérine. M. Tillaux fait remarquer l'intérêt de ce fait, qui prouve que l'exploration de la sensibilité ne peut pas toujours servir à faire le diagnostic entre un polype et une inversion.

M. Berger dit qu'il a fait des recherches, au point de vue médico-légal, sur la sensibilité de l'utérus, pour savoir, par exemple, s'il y a une sensation de piqûre au moment d'un avortement criminel, ainsi que le disent souvent les femmes qui ont subi des manœuvres abortives. M. Berger a trouvé que, à l'état sain, la muqueuse utérine est absolument insensible, quand on a soin de n'imprimer à l'organe aucun mouvement de totalité, qui tiraille les annexes et les plexus nerveux.

Une courte discussion s'engage entre les divers membres de la Société, d'où il résulte que, dans les manœuvres chirurgicales, la sensibilité utérine présente des différences considérables, suivant que la muqueuse est saine ou malade, suivant que l'instrument est introduit doucement à travers des orifices largement dilatés, ou qu'ils forcent un passage étroit, enfin suivant la disposition particulière de chaque malade, car les femmes présentent entre elles de grandes différences à cet égard.

M. Delens lit un rapport sur une observation de M. Routier relative à un *kyste de la région sacro-coccygienne.* La tumeur existant depuis longtemps sans accidents, il se produisit des abcès à répétition, bientôt suivis d'une fistule qui fit croire à une affection osseuse. L'orifice siégeait dans le pli interfessier et conduisait dans une petite cavité. La poche fut disséquée et enlevée; elle adhérait à la crête sacrée et avait le volume d'une petite mandarine. Le kyste examiné au microscope ne montra que du tissu cicatriciel banal.

Il n'y a guère d'objection à faire à l'idée d'un kyste congénital, car la fistule n'offre pas les caractères de celles qui succèdent aux abcès. Il y a probablement comme origine une inclusion cutanée par adhérences anormales au moment de l'évolution du feuillet externe du blastoderme.

M. Terrier a présenté, il y a plusieurs années, un travail sur les fistules congénitales suppurantes de la région sacrée et a fait des opérations analogues à celles de M. Routier. Il penche plutôt, dans le fait que vient d'analyser M. Delens, vers une fistule que vers

©BIU Santé

un kyste. Il a vu chez plusieurs femmes à la partie supérieure du pli interfessier un petit orifice conduisant dans un cul-de-sac adhérent au squelette; la cavité peut être plus grande que l'orifice. Ces petites fistules peuvent s'enflammer et, après enlèvement de la poche, on voit la peau du pourtour de l'orifice se continuer à l'intérieur. La suppuration peut être expliquée par l'accumulation de l'épiderme; dans un fait, M. Terrillon a pu retirer de la cavité de l'épiderme macéré.

M. Peyrot et M. Schwartz ont vu des cas analogues.

M. Delens croit que l'opinion de M. Routier diffère peu de celle de M. Terrillon; il a eu affaire à une tumeur considérable, mais il admet bien qu'il y avait un petit orifice avant l'inflammation, puisqu'il le signale. C'est à cause du volume qu'il a insisté sur l'appellation de kyste.

— M. Lucas-Championnière fait une communication sur un certain nombre de trépanations qu'il a eu occasion de faire. Elles sont au nombre de 20, et ses opérés se divivent en deux catégories : cinq fois il est intervenu à la suite de traumatismes, quinze fois en dehors du traumatisme, sur des indications médicales.

Il a toujours défendu l'innocuité de la trépanation. On peut invoquer, à ce propos, le grand nombre d'opérations de ce genre que se font faire les Kabyles par leurs « toubib » souvent pour les plus futiles prétextes. La gravité dans la trépanation dépend, non de l'opération elle-même, mais de la cause qui force à opérer.

Deux des cas, où il opéré à la suite de traumatisme, ont été suivis de mort; dans le premier, on trouve, à l'autopsie, du pus tout autour du cerveau; dans le second, une fracture de la base du crâne. Parmi les interventions suivies de succès, il faut surtout noter un fait où on trouve un fragment d'os de 2 centimètres et des cheveux dans la substance cérébrale, et un autre où, à la suite de coups de pied de cheval, le chirurgien dut enlever la moitié du frontal, une partie du pariétal et un fragment du temporal.

Dans les cas où M. Championnière a opéré pour des indications médicales, la guérison a toujours été rapide et l'ouverture plus ou moins grande du crâne, la lésion des enveloppes, celle du cerveau même, n'ont pas eu d'influence sur la rapidité de la réparation. Six fois il est intervenu pour des douleurs localisées insupportables qui, dans quatre cas, succédaient à des traumatismes; chez quatre malades, les douleurs s'accompagnaient de vertiges.

Un de ces malades a été opéré deux fois, et peut-être lui fera-t-il une troisième trépanation, car les vertiges reviennent de nouveau. Un autre a subi trois trépanationsr mais a encore des points douloureux. Il se trouve cependant en beaucoup meilleu état.

Il faudrait, pour avoir des succès plus nets, opérer à une époque beaucoup plus rapprochée du début des accidents.

Il a trépané quatre épileptiques vrais et a remarqué chez eux un grand écoulement de liquide céphalo-rachidien. L'amélioration a été légère.

Chez un malade qu'il regarde comme syphilitique et qui était atteint d'hémiplégie avec aphonie et crises épileptiformes, la trépanation montra qu'il existait une véritable hyperostose; le résultat fut remarquable, mais temporaire. Un deuxième fait d'épilepsie symptomatique, à la suite d'un coup de couteau sur la tête, fut très amélioré par l'opération.

Les suites ont toujours été très simples, quoique, chez deux sujets, le cerveau ait été largement intéressé.

Une fois, M. Championnière a blessé une veine sous-archnoïdienne, une autrefois ouvert le sinus longitudinal supérieur; dans les deux cas, le tamponnement avec du catgut a merveilleusement réussi.

On peut faire la trépanation à tous les âges. Naturellement l'opération doit être exécutée selon la méthode antiseptique, et il faut employer le drainage.

L'opération peut être dirigée contre les tumeurs cérébrales, et il est le premier qui l'ait faite en pareil cas, mais ce n'est pas là la véritable indication en dehors des traumatismes; on la trouve dans les cas de congestion habituelle du cerveau avec excès de tension, et l'opération permet alors de *desserrer* l'organe. — P. C.

© BIU Santé

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 22 juin 1888. — Présidence de M. Siredey.

Sommaire : *Epistaxis prémonitoires de la néphrite interstitielle. — Epistaxis chez les arthritiques. — Vergetures de la peau après la fièvre typhoïde. — Goutte aiguë chez un enfant de quinze ans.*

M. Sevestre a essayé chez sept enfants le traitement de M. Debove, et les résultats sont encourageants. 20 grammes de talc de Venise, en quatre fois, dans du lait ont été parfaitement pris. La guérison est venue en quatre, cinq et sept jours. Le poids a cessé de diminuer ou a repris.

M. Féréol l'a essayé dans son service chez les phthisiques. 100 grammes de talc dans un litre de lait font une espèce de pâtée peu commode à prendre. Les résultats jusqu'ici n'ont pas été appréciables.

M. Juhel-Rénoy l'essaye aussi; c'est un magma qui répugne assez au malade.

— MM. Brissaud, Landouzy, H. Martin, délégués par la Société au *Congrès de la tuberculose*, adressent leurs remerciements.

— M. Gaucher lit une observation d'*épistaxis incoercibles* survenues comme premier symptôme d'une néphrite interstitielle. Il s'agissait d'un homme de 38 ans qui, à plusieurs reprises, eut plusieurs épistaxis assez considérables pendant trois mois pour nécessiter des tamponnements. Un médecin avait, sans succès, appliqué un vésicatoire sur la région hépatique. M. Gaucher a trouvé, chez ce malade, une albuminurie notable, des urines pâles et abondantes. C'était un éthylique, distillateur intoxiqué à la fois par les voies respiratoires et digestives. Soumis au régime lacté, le malade vit immédiatement cesser l'hémorrhagie nasale ; l'albumine diminua rapidement et bientôt cet homme voulut partir, malgré les conseils du médecin, pour reprendre sa dangereuse profession.

M. Gaucher insiste sur la nécessité d'examiner toujours les urines chez les sujets atteints d'épistaxis abondantes ou fréquentes, ce qui vaut mieux que de leur appliquer un vésicatoire sur l'hypochondre droit.

M. Huchard a suivi longtemps un malade dont l'histoire se résume ainsi : Fils de goutteux, il eut dans son enfance des épistaxis abondantes et fréquentes comme beaucoup de jeunes arthritiques. De 29 à 44 ans, il eut trente ou quarante accès de goutte. En 1878 survint une épistaxis très abondante, sans qu'il eût alors aucun signe d'artériosclérose. En 1882, nouvelle épistaxis assez violente pour nécessiter le tamponnement. Les urines, examinées très fréquemment à partir de cette époque, ne présentèrent jamais d'albumine. Ce n'est qu'à partir de 1883 qu'on put relever quelques symptômes de néphrite interstitielle. Puis vint une petite attaque d'aphasie sans hémiplégie et, en 1885, une dyspnée à caractères urémiques. Alors on trouva 0 gr. 42 d'albumine par litre. La maladie s'aggrava et le malade succomba dans l'année.

M. Huchard pense que les épistaxis qui ont précédé si longtemps les premiers signes d'une néphrite dont on guettait l'apparition n'étaient point liées à cette lésion, qui n'eût pu rester si longtemps latente; ces hémorrhagies nasales, comme la plupart de celles que présentent les arthritiques, trouvent leur explication dans l'hypertension artérielle, qui est la caractéristique principale de l'arthritisme et précède même l'artério-sclérose.

M. Gaucher avait noté chez son malade la sclérose des artères radiales et admet volontiers que c'est l'artério-sclérose qui favorisait les épistaxis.

M. Gaucher a observé un cas de goutte aiguë chez un enfant de 15 ans. L'accès débuta un matin brusquement par une violente douleur dans l'articulation métatarso-phalangienne du gros orteil gauche, la peau étant, à ce niveau, rouge, chaude, tendue, luisante. Aucune autre jointure ne fut atteinte. L'enfant n'avait d'autre antécédent personnel qu'une contusion du genou deux ans auparavant. Pas de goutte dans ses ascen-

©BIU Santé

dants, ouvriers aisés vivant bien, mais sans excès. Sa mère a tout l'habitus d'une arthritique. Après avoir eu un peu de fièvre au début, l'enfant n'entra à l'hôpital qu'au déclin de l'accès, vers le quinzième jour; après quelques cataplasmes sur la jointure et quelques grammes de salicylate de soude, la guérison fut complète.

M. Troisier apporte un fragment de peau de l'extrémité inférieure de la cuisse d'un malade ayant succombé à un cancer de l'estomac; ce fragment de peau est remarquable par l'existence de larges vergetures qui s'étaient produites bien des années auparavant pendant la jeunesse du malade et dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. M. Troisier rappelle à ce propos l'examen histologique qu'il a fait le premier avec M. Ménétrier : au niveau des vergetures l'amincissement du derme ne vient pas de ce que les fibres élastiques ont disparu par résorption; elles se sont rompues seulement et rétractées sur les bords de la vergeture. Cette lésion n'est pas compatible avec l'existence d'un trouble trophique au sens donné à ce mot en neuropathologie. M. Troisier accepte pleinement la théorie de M. Bouchard qui, le premier, a signalé avec M. Manouvrier (de Valenciennes) les vergetures après la fièvre typhoïde pendant la croissance. M. Troisier cite le cas d'un confrère qui est porteur de vergetures remontant à une fièvre typhoïde de l'enfance et qui, soigné par Bouillaud à cette époque, se souvient avoir entendu ce maître dire qu'il avait déjà remarqué ce signe dans la convalescence des fièvres typhoïdes sans en connaître la cause.

M. Bucquoy a observé récemment deux cas de vergetures chez un jeune garçon et une jeune fille après la fièvre typhoïde. La jeune fille, qui avait 18 ans, mais était déjà avant sa maladie d'un développement physique permettant de lui supposer plutôt 25 ans, eut des vergetures au niveau des crêtes iliaques et surtout au niveau des seins; celles-ci étaient aussi accentuées que celles qui suivent la grossesse et l'allaitement. M. Bucquoy est peu disposé à accepter uniquement la pathogénie mécanique proposée par M. Bouchard, c'est-à-dire l'allongement rapide du squelette amenant une surdistension et un éclatement des fibres élastiques du derme. Il suppose qu'il doit exister surtout un trouble de nutrition de la peau, qui explique la formation de vergetures non seulement sur les membres après la fièvre typhoïde, mais sur le thorax chez des sujets atteints d'affections pleurales et pulmonaires.

M. Barié a observé chez un jeune sujet qui en est à sa troisième rechute de fièvre typhoïde la formation de vergetures au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne et de la crête iliaque. Il croit que les vergetures peuvent, dans certains cas au moins, reconnaître une cause trophique nerveuse; témoin l'observation qu'il a recueillie de vergetures survenues au voisinage d'un zona thoracique chez un tuberculeux. — P. L. G.

COURRIER

Par décret, en date du 16 juin 1888, M. Castan, professeur de pathologie interne à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé, sur sa demande, professeur de clinique médicale, en remplacement de M. Combal, décédé.

— M. le docteur Pitti-Ferrandi, médecin suppléant du lycée de Bastia, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Manfredi.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gosset (de Fécamp) et Paul Magnien, chirurgien des hôpitaux de Saint-Etienne.

BONNE CLIENTÈLE à vendre à Seine-Port (Seine-et-Marne). Jolie résidence. (Gare de Cesson.)

Anémie. — Chlorose. — Traitement par la **LIQUEUR DE LAPRADE**. — Une cuillerée par repas.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

© BIU Santé

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Edmond WICKHAM : Observations d'intoxication saturnine. (Névropathie. Albuminurie. Guérison.) — II. ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES : Académie de médecine. — III. VARIÉTÉS. — IV. COURRIER. — V. FEUILLETON : L'évolution du mariage et de la famille. — VI. ANALYSE du Lait d'Arcy.

Observation d'intoxication saturnine. (Névropathie. Albuminurie. Guérison.)

Lue à la Société de médecine de Paris, dans la séance du 14 avril 1888,

Par le docteur Edmond WICKHAM, ancien aide d'anatomie de la Faculté de Paris.

Les travaux modernes ont transformé la paralysie générale progressive telle que la comprenaient nos anciens maîtres; il est prouvé aujourd'hui que les symptômes habituels à cette affection incurable peuvent accompagner certaines intoxications, et permettent alors de porter un pronostic presque toujours bénin.

J'ajoute cependant qu'il n'y a pas identité absolue de symptômes entre la paralysie générale progressive et les pseudo-paralysies générales; mais la différence qui existe entre les uns et les autres est susceptible d'être inappréciée par les médecins les plus instruits, ainsi que le démontre la relation suivante d'un cas de névropathie saturnine.

X..., 34 ans, artiste peintre, ni syphilitique ni alcoolique, a été soigné en janvier 1880 pour une pneumonie compliquée de phénomènes ataxo-adynamiques graves, laquelle n'a laissé aucune trace. Il s'est marié à la fin de 1880, a trois enfants de bonne santé habituelle; toutefois l'un d'eux, depuis dix-huit mois, est atteint d'urticaire chronique,

FEUILLETON

BIBLIOTHÈQUE ANTHROPOLOGIQUE. — L'ÉVOLUTION DU MARIAGE ET DE LA FAMILLE, par Ch. LETOURNEAU, secrétaire général de la Société d'anthropologie, professeur à l'École d'anthropologie. Paris, 1888.

Il ne faut pas dire : *la* société humaine; cette expression est un non-sens. *Les* sociétés humaines sont nombreuses et surtout dissemblables, même d'origine. Les études sociologiques auxquelles nous nous livrons chez nous, nous les rapportons principalement, comme terme de comparaison ou point de départ, aux conditions humanitaires dans lesquelles nous vivons; et il s'en faut de beaucoup que toutes ces conditions soient universelles à la surface du globe terrestre. Mais il est naturel que, dans leurs recherches et dans leurs travaux, nos savants aient pour pensée dominante notre existence dans les régions habitées par nous, dans les régions que nous avons, si l'on peut ainsi dire, sous les yeux, pour étude favorite l'évolution de cette existence, et pour but définitif son perfectionnement. C'est ce que nous pouvons appeler notre civilisation.

Comment vivons-nous dans notre civilisation? Quelle est la construction de notre société?

La base fondamentale de notre civilisation, c'est le mariage monogamique consacré par la loi. Cette combinaison est-elle absolue, complète, définitive? Il serait difficile de

©BIU Santé

affection survenant chez les individus à parents nervosiques. Son père, ses frères et lui-même peuvent être rangés dans la classe des impressionnables.

Le 25 décembre dernier, X... attira mon attention sur un tremblement assez accentué, siégeant aux deux mains et empêchant tout travail.

Le 3 janvier, le tremblement augmentant de jour en jour, je priai mon très cher maître, le docteur Millard, de vouloir bien m'éclairer de ses conseils. L'aspect cachectique de mon malade le frappa tout d'abord, il en fut de même de la couleur terreuse de sa peau; l'existence possible d'une intoxication saturnine lui vint à l'idée, et l'examen de la bouche confirma ses présomptions. Nous reconstituâmes alors l'histoire de X... : à trois reprises différentes, en 1887, il a eu une commande de dessins sur bois, et, pour ce genre de travail, il fait habituellement usage de gouache (blanc de céruse) et met son pinceau dans sa bouche au lieu de le tremper dans un verre d'eau et de l'effiler ensuite avec les doigts.

Au mois de mai, première commande; consécutivement, lassitude, céphalée intermittente et trouble dans l'idéation; départ pour le bord de la mer; puis guérison rapide, mais caractère un peu changé. Au mois d'août, nouvelle commande à exécuter rapidement; surmenage, nouveaux troubles identiques aux premiers; voyage; puis disparition de la céphalée et de la perturbation intellectuelle, continuation de la modification dans le caractère, qui est devenu facilement irritable, et apparition d'un léger tremblement des doigts. Dans une lettre qu'X... écrit à sa femme, il se plaint d'être dans l'impossibilité de terminer son épitre par suite d'une agitation qui entrave les mouvements de ses doigts; cette agitation fut passagère. Retour à Paris vers le 20 octobre, et, du milieu de novembre au 20 décembre, exécution d'un grand nombre de dessins.

C'est vers le 15 décembre qu'X... s'est aperçu qu'il devenait moins habile à mesure que la journée s'avançait; il ne savait à quoi attribuer la faiblesse de ses mains, aussi son état détermina-t-il chez lui une surexcitation cérébrale vive avec accès de colère furieuse dont il ne paraissait pas avoir complètement conscience. Ces accidents persistèrent jusqu'au 3 janvier sans phénomènes gastro-intestinaux marqués; cependant, depuis quelques jours, X... était plus constipé que d'habitude.

Le 4 janvier. — Deux verres d'eau de Sedlitz, ayant déterminé plusieurs selles abondantes.

Le 5. — Même état. Bain sulfureux dans la journée.

Le 6. — Un verre d'eau de Sedlitz. Pas de selle. Anorexie. Dans la journée, agitation; X... voit des fils, soit sur les meubles, soit sur les vêtements des personnes qui l'en-

---

répondre avec un degré quelconque de certitude à cette triple question. Quant à présent, nous ne croyons pas qu'on puisse entrevoir un autre mode de construction sociale qui puisse être substitué avec avantage à celui au sein duquel nous sommes groupés. Mais ce qui paraît certain, dès à présent, c'est que celui-ci subira des modifications; et il dépendra des intelligences les plus élevées que ces modifications soient de grands et féconds perfectionnements. Or, pour travailler fructueusement à l'amélioration d'une institution aussi complexe que l'institution du mariage humain, il est indispensable d'en connaître et d'en étudier les origines et le développement. Tel est le but du livre s intéressant de M. le docteur Letourneau, livre qui est surtout, comme il le dit, un répertoire curieux de documents, glanés patiemment dans les écrits des ethnographes des voyageurs, des légistes, des historiens, c'est-à-dire aux sources les plus certaines, qu'il a classés avec une grande ampleur de vue, et qui lui ont inspiré des aperçus, des inductions, des essais de généralisation, bien propres à éclairer son sujet et à justifier ses doctrines.

Notre confrère a débuté par quelques expositions élémentaires, qui, bien que dignes de toute attention, n'ont pas besoin d'être placées sous les yeux des lecteurs de l'*Union médicale*, telles que la place réelle de l'homme, la génération, le rut et l'amour, les amours des animaux. « Au fond, dit-il à ce dernier sujet, l'amour des animaux ne diffère pas de celui de l'homme. Sans doute il n'est jamais aussi quintessencié que celui de Pétrarque, mais il est souvent plus délicat que celui des races inférieures et des individus mal doués, qui, tout en appartenant au genre humain, ne cherchent dans

BIU Santé

tourent; cette hallucination de la vue s'est prolongée d'une façon intermittente jusqu'à la fin de février. Il reçoit la visite d'un jeune homme, lequel était venu le trouver il y a quinze jours pour l'intéresser à un nouveau procédé de gravure sur bois; malgré notre avis, il essaie de discuter et de dessiner, et l'impossibilité où il se trouve de bien faire l'un et l'autre amène chez lui une grande irritation. Quelques coliques dans la journée.

Le 7. — Coliques assez vives, mais intermittentes dans la journée.

Le soir, à six heures, grande agitation. Pas de selle. Langue couverte d'un enduit blanchâtre. Haleine fétide.

Le 8. — Deux verres d'eau de Sedlitz. Pas de selle. Dans la journée, bain sulfureux; coliques très violentes accompagnées d'un état nerveux effroyable; ventre en bateau; 0 gr. 01 centigr. de morphine en injection sous-cutanée amène une sédation des douleurs.

Le 9. — Eau-de-vie allemande, 15 grammes.

A quatre heures du soir, lavement. Aucune selle. Injection de morphine de 1 centigr. matin et soir. Aussitôt que X... n'est plus sous l'influence de la morphine, il est en proie à de violentes douleurs abdominales, faisant craindre l'apparition d'une syncope. Yeux hagards.

Le 10. — Le docteur Millard a vu le malade hier soir et a conseillé de suivre pas à pas le traitement dit de la Charité.

Le matin, commencement du traitement par la médication du second jour: émétique en lavage, etc. Vomissements tous les quarts d'heure, de sept heures à dix heures du matin. Selles abondantes. Continuation de la morphine.

Les 11 et 12. — Continuation du traitement de la Charité et de la morphine, 2 centigr. Vomissements fréquents dans la journée. Le tremblement des mains a diminué. Les urines sont peu abondantes et chargées d'urates.

A minuit, grande agitation; lavement avec dix gouttes de laudanum.

Le 13. — Coliques moins violentes. Piqûre de morphine à dix heures du matin et à dix heures du soir. Lavement avec dix gouttes de laudanum à quatre heures de l'après-midi.

Le 14. — Le ventre devient souple. Toujours même administration des narcotiques. X... a pris aujourd'hui un peu de bouillon et ne l'a pas rejeté. Depuis le 7 janvier, il n'avait gardé aucun aliment.

Le 15. — Dernier jour du traitement de la Charité. Depuis trois jours subdélirium non continu.

---

l'amour, suivant une énergique expression du *Plutarque* d'Amyot, qu'à « se saouler seulement ».

Notre confrère a donc entrepris de faire l'histoire du mariage et de la famille. Y a-t-il rien de plus intéressant pour l'intelligence et pour le cœur de l'homme, au point où l'humanité est arrivée de nos jours? Envisagée chez l'homme civilisé, l'institution du mariage n'a eu d'autre objet que de réglementer les unions sexuelles, c'est-à-dire la satisfaction de l'un des besoins biologiques les plus impérieux. Pourquoi? Un peu en faveur de la femme, autrefois si sacrifiée, mais surtout dans l'intérêt des enfants, dont l'existence, dans les temps primitifs, était si peu assurée, par conséquent, dans l'intérêt de la descendance, en d'autres termes, dans l'intérêt de la conservation de l'espèce, qui est la loi universelle de la nature vivante connue de nous; et c'est une chose curieuse que le spectacle des phases successives par lesquelles a passé l'évolution de cette institution, qui peut être considérée, dans les conditions où nous la possédons, quoique imparfaite encore, comme le plus grand et le plus heureux témoignage du progrès humain.

Mais « toutes les espèces organiques subissent la tyrannie de la fonction génésique, garante de la durée du type ». Avant de traiter la question chez l'homme, n'y aurait-il pas quelque intérêt, quelque utilité peut-être, à l'étudier rapidement en dehors de l'humanité? En effet, « chez beaucoup d'espèces animales, l'union sexuelle détermine une association durable ayant pour but l'élevage des jeunes. En noblesse, en délicatesse, en dévouement, ajoute l'auteur, ces unions ne le cèdent pas toujours à nombre d'unions

©BIU Santé

Le 16. — Langue moins sale. Le traitement étant terminé et les coliques ayant disparu, X... prend avec assez d'appétit du lait et du jus de viande.

Le 17. — Œuf le matin. Jus de viande le soir. Les injections de morphine ont été supprimées le 15 et remplacées par un lavement avec dix gouttes de laudanum matin et soir.

Le 18. — Examen des urines : Albumine. Toujours subdélirium intermittent. Traitement : Diète lactée, lavement laudanisé matin et soir.

Le 20, — X... a été pris cette nuit de douleurs violentes dans les muscles des membres inférieurs et dans les articulations des deux poignets; l'antipyrine à la dose de 2 grammes, prise le matin en deux fois, à une demi-heure d'intervalle, a amené leur rapide disparition. Mais il y a eu dans la journée un peu plus d'agitation; depuis le 18, X... offre d'un façon nette « ce mélange de délire et de raison qui caractérise cette forme de folie qu'on nomme raisonnante » (1). Sa mémoire paraît aussi avoir beaucoup diminué, surtout quant à ce qui regarde les faits récents, même ceux concernant sa maladie. Le tremblement des mains a reparu et semble plus marqué qu'avant l'apparition des coliques; aucune paralysie n'est constatée.

Le 23. — Même état. Toujours même traitement. Moins d'albumine dans les urines.

Le 24. — L'examen des urines n'ayant révélé la présence que d'un léger nuage albumineux, on fait prendre au malade : 1° comme alimentation, deux litres de lait et deux œufs frais; 2° comme traitement : miel soufré, 20 grammes; iodure de potassium, 0 gr. 50 centigr.; bromure de sodium, 4 grammes; lavement laudanisé matin et soir. Le malade n'a pas eu de selle, malgré un lavement glycériné.

A quatre heures du soir, bain sulfureux.

Depuis deux jours, X... parle perpétuellement du nouveau procédé de gravure sur bois dont on l'avait entretenu avant sa maladie. Aux personnes de son entourage, il confie ses regrets de ne pouvoir dessiner, vu que cette nouvelle invention lui rapporterait en peu de temps de grandes sommes d'argent; renseignements pris, l'appréciation de X... est loin d'être exacte, mais les meilleurs raisonnements ne le font pas abandonner ses illusions. D'ailleurs, il est devenu très loquace, balbutie et bredouille; nous devons cependant insister sur ce fait que la parole de X... est naturellement hésitante, et que ce défaut de prononciation se retrouve chez son père et certains de ses collatéraux.

(1) Grisolle : *Path. int.*

humaines... » Cette considération nous a valu un chapitre préalable, original et très remarquable, intitulé : *Le mariage et la famille chez les animaux.*

Dans ce chapitre, l'auteur nous fait voir que, chez les animaux, on retrouve les deux principaux types de la famille humaine, c'est-à-dire la famille maternelle, de beaucoup la plus fréquente, et la famille paternelle plus rare, et d'ailleurs, toutes nos formes d'union sexuelle, depuis la promiscuité jusqu'à la monogamie. Parmi les riches développements qui confirment ces propositions, nous ne reproduirons qu'un petit nombre de faits, qui nous paraissent nécessaires pour donner une idée claire de la nature des recherches spéciales de l'auteur et des résultats auxquels il est parvenu. C'est principalement chez les oiseaux et chez les mammifères qu'on observe des mœurs qui peuvent être comparées aux mœurs humaines. « ... chez les oiseaux surtout les divers modes d'association conjugale et familiale sont intéressants à étudier. Cela se peut facilement induire de l'ardeur, de la variété et parfois de la délicatesse qu'ils apportent dans leurs amours. Mais chez eux, le niveau de la moralité, pour parler notre langage humain, est très divers, suivant les espèces. Il est des oiseaux absolument volages et même débauchés, par exemple le petit étourneau d'Amérique (*Icterus pecoris*), qui change de femelle au jour le jour, c'est-à-dire en est encore au stade le plus inférieur de l'union sexuelle, à la promiscuité débauchée, que nous retrouverons exceptionnellement dans quelques sociétés humaines peu civilisées. Au moins l'étourneau n'est-il pas féroce, comme le sont les asturidés, à qui, selon Brehm, l'amour semble inconnu, et chez qui l'on voit la femelle dévorer son mâle, le père ou la mère se repaître de leurs petits, et ceux-ci,

© BIU Santé

Le 25. — Deux verres d'eau de Sedlitz. Grande agitation dans la matinée; journée plus calme. Le liséré de Burton continue à être très accentué.

Le 26. — Traitement : Miel soufré, 20 grammes. Tous les matins : bain sulfureux; tous les deux jours : iodure de potassium, 1 gr. 50; bromure de sodium, 4 grammes. Lavement laudanisé matin et soir.

Toujours grande excitation : hébétude du regard; pas d'inégalité des pupilles, lesquelles se contractent bien sous l'influence de la lumière; pas de diminution ni d'exagération des réflexes patellaires; pas de paralysie ni de faiblesse musculaire. X... insulte la personne qui le soigne sous prétexte qu'elle lui donne un médicament dans un verre dont la couleur lui déplaît; une heure après, il se lève, refuse toute aide pour s'habiller et s'irrite de voir que le tremblement de ses mains l'empêche de boutonner ses vêtements; contrairement à ses habitudes, il fait montre de coquetterie, ne veut pas endosser une chemise à col non empesé et se contemple longuement dans une glace. La garde lui démêle les cheveux; cette cérémonie l'agace; il saisit le peigne, le casse, le jette au feu et sourit bêtement de ce qu'il vient de faire; il se rend ensuite dans son atelier, et se met en devoir de changer de place les meubles et tableaux qui s'y rouvent; à plusieurs reprises, il manque de se blesser en voulant soulever des objets de poids exagéré pour la force dont il dispose. Malgré nos remontrances, il nous est impossible de l'arrêter dans cette manie de rangement; au bout d'une heure, il s'étend sur son divan, harassé de fatigue, et s'endort. L'appétit est bon. L'haleine est toujours fétide.

Vers quatre heures, le docteur Millard voit le malade et lui conseille de sortir en voiture pendant une heure; il descend facilement les cinq étages de la maison où il demeure et les remonte de même; il revient plus calme de sa promenade. M. Millard considère X... comme atteint d'accidents névropathiques graves, sans en préciser la nature.

Le 27. — Nuit très agitée; insomnie. Sortie en voiture pendant deux heures. Il marche légèrement courbé en deux, et paraît avoir moins de force que ces derniers jours. Même état cérébral. Même traitement.

Le 28. — Dans la matinée, même agitation intermittente; le tremblement des mains est plutôt plus accentué.

A midi, X... sort en voiture, se promène pendant une heure à l'Exposition des Champs-Elysées, rencontre des amis avec qui il cause sans émettre des idées déraisonnables, puis rentre chez lui.

---

une fois grands, manger volontiers leurs parents. Ces mœurs féroces dénotent un très faible développement moral. Mais, si l'on en croit un missionnaire français, Mgr Faraud, évêque du territoire du Mackensie, elles seraient encore celles de certains Peaux-Rouges de l'extrême Nord. Nous ne nous en scandaliserons donc pas trop... »

Plusieurs espèces, comme notre coq de basse-cour, sont des polygames déterminés, ce qui ne les empêche pas parfois « de ressentir très fortement la passion amoureuse », ainsi que nous en trouvons dans le texte des exemples curieux. Presque tous les rapaces sont monogames. L'union conjugale de l'aigle à tête blanche paraît durer jusqu'à la mort de l'un des époux. De plus, l'auteur fait remarquer que les exemples de fidélité à toute épreuve, bien que n'étant pas une règle absolue chez tous ces animaux, sont bien plus fréquents dans les ménages d'oiseaux que dans les ménages humains! Du côté des mammifères, nous citerons seulement les singes, qui sont tantôt monogames, tantôt polygames : « Le macaque ouanderou (*Macacus silenus*) de l'Inde n'a qu'une femelle et lui est fidèle jusqu'à la mort. Au contraire, le *Cebus capucinus* est polygame. »

Au milieu des faits pleins d'intérêt et des récits charmants, où les mœurs des animaux comparées à celles de l'homme, éclairent dans beaucoup de cas l'origine de ces dernières, l'auteur a répandu des observations générales qui, dit-il, « ne s'appliquent pas seulement à l'animalité ».

(*A suivre.*)

Dr G. Richelot.

©BIU Santé

A quatre heures, sur le conseil du docteur Millard, je conduis moi-même X... à la consultation du professeur Charcot, lequel l'examine avec le plus grand soin. X... est un peu fatigué de la promenade qu'il a faite dans la journée; sa parole est plus traînante, plus hésitante et plus saccadée que ces derniers jours; elle ressemble, suivant la comparaison de Devonges, à celle d'un individu sortant de l'eau froide; il répond mal aux questions qui lui sont posées; sa démarche est sénile; le tremblement de ses mains est grossier et spasmodique; il est dans l'impossibilité d'écrire convenablement. Je rappellerai que X... continue à n'avoir ni ataxie linguale, ni tremblement fibrillaire des lèvres, ni troubles pupillaires, ni incontinence de l'urine ou des matières fécales, ni diminution ou augmentation du réflexe patellaire. Malgré l'absence de ces symptômes, le professeur Charcot formule ainsi son diagnostic : paralysie générale progressive, intoxication saturnine survenue comme maladie intercurrente, mais n'ayant aucun rapport avec les accidents cérébro-spinaux constatés tant en 1887 que depuis le mois de janvier. M. Charcot est frappé, d'un côté, par l'habitus extérieur de X...; de l'autre, par son écriture : « On n'écrit comme cela, me dit-il, que dans la paralysie générale ». X... est ramené chez lui, mais il remonte ses étages avec la plus grande difficulté.

Le 5 février. — Traitement depuis le 28 février. Tous les matins : miel soufré, 20 gr.; iodure de sodium, 1 gr.; bromure de sodium, 4 gr.; extrait de quinquina, 0 gr. 40. Lavement laudanisé tous les soirs. Isolement le plus complet possible dans l'appartement. (M. Charcot avait conseillé d'emmener le malade à la campagne et de se contenter, pour tout traitement, de faire des applications répétées de teinture d'iode sur la portion cervicale du rachis.)

Dès le 29 janvier, X... a été pris d'une grande lassitude, qui a amené une sédation très marquée dans les troubles de l'intelligence; X... a maintenant conscience de l'état de maladie dans lequel il se trouve, et reconnaît qu'un repos absolu est nécessaire pour sa guérison.

Le 6. — Suppression du bromure de sodium. Malgré nos conseils, X... reçoit dans la journée quelques-uns de ses parents. Le soir, agitation.

Le 7. — Bain sulfureux dans la journée. Anorexie.

Le 8. — La nuit dernière, myalgies et arthralgies. Légère agitation dans la matinée.

Le 9. — Nuit dernière calme. Appétit. L'examen des urines révèle toujours la présence d'un léger nuage d'albumine. Le tremblement des mains a changé de caractère; il présente exactement celui que l'on rencontre dans la sclérose en plaques; la tête est le siège d'une légère trémulation pendant la marche; mais l'occlusion des yeux n'accroît pas la difficulté de la station debout. Pas d'exagération des réflexes; pas de trépidation épileptiforme en redressant brusquement le pied. Rien d'anormal du côté du sphincter iridien.

Le 11. — Hier X... s'est entretenu pendant une demi-heure avec une personne étrangère, et, de plus, on a dû le faire manger à cause du tremblement de ses membres supérieurs, d'où agitation dans la soirée et insomnie.

Ce matin, regard fixe; état cérébral moins bon que ces jours derniers, mais force musculaire plus grande. X... se sent beaucoup plus solide sur ses jambes, et tandis qu'hier il marchait à grand'peine courbé en deux et traînant les pieds, aujourd'hui sa démarche est normale; il sort en voiture pendant deux heures, descend et remonte ses étages avec la plus grande facilité et sans la moindre fatigue; hier encore, il ne pouvait gravir les quinze marches qui séparent son atelier de sa salle à manger. Même traitement.

Le 12. — Le malade a passé une très bonne nuit; il a dormi onze heures. Dans la journée, bain sulfureux.

Le 13. — L'examen des urines révèle la présence de traces d'albumine. Bon état. Le tremblement des mains présente toujours le même caractère, mais il est moins accentué.

Le 17. — Pas d'albumine dans les urines. Bon état général. Persistance du liséré de Burton. La mémoire de faits récents et éloignés est revenue, plus de troubles intellectuels; hallucinations conscientes de la vue.

Le 21. — Le docteur Millard, qui n'a pas vu X... depuis le 26 janvier, le considère

©BIU Santé

comme étant en bonne voie de guérison. Le tremblement des mains diminue de jour en jour.

Le 27. — Le malade continue à sortir tous les jours sans fatigue.

Dans la journée, il cause pendant une heure avec des amis qui sont venus le voir. Pas d'agitation le soir.

Le 28. — Le liséré a presque complètement disparu. Bon état général.

Le 1er mars. — X... a eu une émotion dans la journée; la nuit a été légèrement agitée.

Le 3. — X... a signé son nom trois fois : une première fois très bien, une seconde fois assez bien et une troisième fois mal.

Le 7. — X... a passé deux heures dans une matinée d'enfants, jouant et causant avec eux. Le soir, pas d'agitation.

Le 8. — Nuit calme.

Le 20. — X... fait des comptes pendant une grande heure sans fatigue et sans tremblement.

Le 30. — Très bon état général. X... a plus d'embonpoint que l'année dernière à pareille époque; son appétit est bon. Aucun trouble intellectuel ni somatique. X,.. se remet à travailler.

Le 5 avril. — Le docteur Millard déclare X.., complètement guéri. Tous les jours, X... travaille et sort; il a repris son existence d'autrefois. Les personnes qui l'entourent et ses amis ne remarquent aucun changement dans son caractère et son intelligence; sur mes conseils, il modère cependant son activité habituelle et ne multiplie pas ses heures de travail (1).

Réflexions : 1° Si nous tenons pour exact le diagnostic du professeur Charcot, la maladie de X... est entrée dans une période de rémission. Mais alors X... devrait présenter aujourd'hui un certain degré de déchéance intellectuelle; car il est admis par la majorité des auteurs que la disparition absolue des troubles psychiques et somatiques n'existe pas pendant les phases de rémission de la paralysie générale progressive. Or, nous avons dit que X... avait repris ses occupations habituelles et que, de l'avis de tous, rien n'était changé dans son intelligence et son activité; par conséquent, nous sommes en droit d'avancer que X... n'a pas été et n'est pas en puissance de méningo-péri-encéphalite diffuse.

2° X... a-t-il eu des troubles ayant quelque analogie avec ceux que l'on rencontre dans la paralysie générale progressive? Il nous est difficile d'en douter et de ne pas conclure à l'existence d'une pseudo-paralysie générale saturnine, affection se terminant presque toujours par la guérison, les accidents cérébro-spinaux s'effaçant et disparaissant à mesure que l'agent toxique s'élimine. Cependant, qu'il nous soit permis de faire remarquer que X... n'a pas été un paralytique général classique; bien des signes ont manqué, que nous croyons inutile d'énumérer à nouveau. De plus, la forme du délire a été peu conforme au délire des paralytiques généraux; dans la manie aiguë, au contraire (2), « les éléments du délire sont puisés, d'une part, dans le passé du malade, dans les émotions qu'il a subies au début de son affection; d'autre part, ils se renouvellent incessamment au contact de son entourage et lui sont sans cesse suggérés par les paroles et les actions des personnes avec qui il vit ». X... ne serait-il pas alors un saturnin qui, par suite de son nervosisme habituel, aurait eu quelques accidents cérébraux et du tremblement des mains sans coliques préa-

(1) 3 juin. — L'état de X... est excellent; aucun trouble.

(2) Christian : Art. Paral. gén., *Dict. Dechambre.*

BIU Santé

lables; puis les coliques seraient survenues et auraient été suivies de manie aiguë; c'est là un problème que notre incompétence ne nous permet pas de résoudre.

3° Nous ferons remarquer, chez notre malade, la présence de l'albumine dans les urines, complication rare du saturnisme.

En résumé, notre observation est une nouvelle preuve de la difficulté de diagnostic de la paralysie générale progressive et démontre à quel point tout praticien doit hésiter avant d'affirmer l'existence d'une lésion dont les deux conséquences fatales sont la mort dans un avenir plus ou moins lointain et la déchéance intellectuelle persistante dans le présent.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 26 juin 1888. — Présidence de M. Hérard.

La correspondance comprend :

1° Une relation d'une épidémie de fièvre rémittente paludéenne à forme typhique dans la commune de Plouhinec, par le docteur Hébert (d'Audierne);

2° Un travail intitulé : « Etude sur la mortalité des enfants placés en nourrice », par M. le docteur Lédé (de Paris);

3° Un rapport sur les épidémies observées dans l'arrondissement de La Châtre, par M. le docteur Chabenat;

4° Un travail sur les enfants du premier âge, par M. le docteur Jenot (de Dercy);

5° Un rapport de M. Roux (de Dieppe), sur l'action des bains de mer;

6° Un pli cacheté, envoyé par M. Poulet, et relatif à de nouvelles recherches sur le son intestinal;

7° Un supplément d'un mémoire, envoyé au mois de décembre 1886, intitulé : « La révulsion sur les voies génito-urinaires, par M. le docteur L.-A. Hirtz (de Colmar);

8° Des rapports sur les vaccinations et revaccinations pratiquées, en 1887-88, par MM. les docteurs Bassompierre et Gerbault;

9° Un tableau des vaccinations pratiquées de 1868 à 1887, par M. le docteur G. Bourée (de Châtillon-sur-Seine);

10° Une note sur le traitement de la fièvre puerpérale, par le docteur Misrachi (de Salonique).

— M. le Secrétaire perpétuel lit une lettre de M. Cazalis, président de la Société d'agriculture de l'Hérault, qui demande à l'Académie de surseoir aux discussions des conclusions du rapport de M. Marty jusqu'à ce que le travail de M. Cot, son rapporteur, soit terminé. La Société ne peut, aujourd'hui, qu'envoyer les conclusions de ce rapport qui sont les suivantes :

La Société centrale d'agriculture de l'Hérault, considérant que les expériences faites à l'Ecole d'agriculture de Montpellier prouvent l'innocuité absolue du sulfate de potasse dans le vin à la dose de 4 grammes par litre;

Considérant que rien ne justifie la limitation à 2 grammes demandée dans le rapport de M. Marty;

Considérant, en outre, que le plâtrage, à cette dose, n'est ni efficace, ni d'un emploi pratique;

Emet l'avis que le plâtrage à 4 grammes de sulfate de potasse par litre soit autorisé par la loi.

Considérant, en outre, que le rapport de M. Marty ne s'appuie sur aucune expérience directe, contradictoirement à celles qui ont été faites à l'Ecole d'agriculture de Montpellier, prie l'Académie de médecine d'ordonner des expériences sur le plâtrage des vins, qui seraient faites à Montpellier par ses délégués, conformément à un programme préalablement étudié, et d'ajourner jusqu'à cette époque ses conclusions.

©BIU Santé

— M. Besnier présente un travail du docteur Niepce (d'Allevard), dans lequel se trouvent des arguments en faveur de la contagion de la lèpre.

— M. Leloir fait une communication sur la pelade, dont il a réuni 142 cas. Sur ce nombre, 92 ont été suivis assez longtemps pour que leur observation ait une véritable valeur scientifique.

Les malades peuvent se diviser en trois classes :

Dans la première, M. Leloir range les pelagreux, qu'il appelle trophonévrotiques; il en a soigné 36. Les sujets ne sont pas contaminés, mais présentent ou ont présenté des phénomènes nerveux fort caractéristiques et en relation avec l'apparition de la maladie. Il y aurait relation de cause à effet entre les troubles du système nerveux es l'apparition de la pelade. Très souvent les malades se sont plaints de maux de tête, de névralgies du côté atteint; souvent on a constaté de l'hyperesthésie cutanée, des fourmillements au niveau des plaques, enfin de l'anesthésie. Les accidents ont semblé, dans plusieurs cas, s'être développés sous l'influence du surmènement scolaire, de chagrins prolongés, d'émotions morales vives. Dans deux observations, la pelade se développa en affectant de suivre le trajet de certains nerfs, deux jours après des traumatismes de la tête. M. Leloir a encore vu une pelade généralisée précéder l'ataxie locomotrice. Plusieurs des malades étaient syphilitiques, et peut-être cela tient-il à la fréquence des affections nerveuses chez les vénériens? Peut-être aussi y a-t-il une simple coïncidence? Cependant, dans un cas, des plaques de pelade apparurent subitement à l'occiput pendant l'apparition de phénomènes de syphilis cérébrale. Dans plusieurs cas, la lésion cutanée semble avoir été le premier symptôme de la maladie nerveuse.

M. Leloir a pu faire deux examens histologiques des nerfs cutanés, les malades étant morts d'une affection intercurrente; dans l'un des deux faits, ils étaient atteints de névrite parenchymateuse; dans l'autre, absolument sains.

Dans une deuxième classe, M. Leloir place 35 pelagreux chez lesquels on n'a trouvé ni contagion, ni affection nerveuse.

Enfin, dans la troisième, il range 28 cas où la contagion a été très nette.

Pas une seule fois, sur 12 cas, il n'a trouvé de parasites à caractères suffisamment tranchés. Dans un fait où de petites granulations pouvaient faire croire à des micrococci, il s'agissait des mastzellen de Erlich, ou de granulations de matière colorante précipitée. Les inoculations animales ont toujours été négatives.

Que conclure de tout cela? Qu'il y a, comme l'ont dit Vidal et Lailler, une pelade qui est contagieuse et une alopécie présentant les caractères de la pelade qui doit être rattachée à des troubles de l'innervation. Quant aux caractères différentiels, ils ne sont pas décrits.

Exclure fatalement tout pelagreux de l'école est excessif, surtout s'il est légitime de rattacher le malade à ceux de la première classe. En cas de doute, on adoptera les mesures prophylactiques prescrites par MM. Ollivier, Besnier et Bucquoy. Quand il s'agira d'une pelade contagieuse, il faudra isoler rigoureusement.

On pourrait adjoindre à tout cela un règlement prescrivant aux coiffeurs la désinfection de leurs instruments.

— M. Hardy tient à prendre la parole sur la question de la lèpre. Il ne reviendra pas sur la contagiosité qui a été étudiée par les précédents orateurs, les uns étant pour, les autres contre. Actuellement, il lui semble qu'on ne peut l'établir d'une façon certaine, malgré la découverte du bacille. La lèpre est parasitaire, mais il ne s'ensuit pas qu'elle soit contagieuse.

MM. Besnier et Vidal évoquent le spectre de la maladie qui doit, d'après eux, nous envahir. M. Hardy, malgré les relations internationales qui amènent des lépreux en France, regarde ces craintes comme exagérées.

Comme l'a dit M. Cornil, on ne connaît pas la biologie du bacille, on ne sait rien sur la propagation de la maladie. Sauf M. Vidal, qui admet l'inoculation, malgré les résultats négatifs souvent obtenus, les médecins ignorent comment la lèpre peut être gagnée.

Un certain nombre de conditions favorisent son développement, tandis que d'autres

©BIU Santé

semblent lui être contraires. Parmi les conditions prédisposantes, deux sont surtout notables : la race et le climat. Certaines races semblent très exposées : telles sont les Chinoise, Indienne, Nègre, Créole, Scandinave. Au contraire, les Européens, à l'exception des Norvégiens, semblent atteints plus difficilement que les autres et jouissent d'une immunité relative. Un grand nombre de nos compatriotes ont été dans des pays à lèpre, beaucoup ont-ils été atteints?

Un grand nombre de marins ont séjourné partout, et M. Hardy demande à M. Rochard, à M. Le Roy de Méricourt, s'ils en ont réformé beaucoup pour lèpre.

Des Européens s'établissent au Brésil, au Mexique et quelques-uns deviennent lépreux ; mais, s'il en est ainsi, c'est qu'un long séjour leur fait perdre les caractères de leur race; ce ne sont plus des Anglais, des Italiens, mais des Brésiliens, des Mexicains. La fièvre jaune atteint surtout les arrivants; pour la lèpre, c'est tout le contraire.

On peut dire des climats à peu près la même chose que des races. Il en est de favorables qui, peut-être à eux seuls, peuvent produire la maladie, l'ensemble des conditions qui fait le climat étant le sol, l'air, la température. Il y a des climats à lèpre, il en est qui ont l'immunité : l'Allemagne, l'Angleterre, l'Italie, la France.

On ne peut opposer à ces idées qu'il y a eu au moyen âge un grand nombre de lépreux en Europe, et que ce sont les mesures rigoureuses prises contre elle qui l'ont fait disparaître. Pour M. Hardy, la lèpre a disparu parce qu'elle n'est pas une *maladie nostras*, mais une maladie d'importation qui n'a pas de tendance à durer ou à se perpétuer. Il y a des animaux et des plantes qui s'acclimatent partout, d'autres qui s'éteignent après quelques générations; la lèpre peut être comparée à ces derniers.

M. Cornil a dit qu'en France il y avait encore de la lèpre. Cela est vrai, on la rencontre à la Turbie, près de Nice, et en Italie le long de la rivière de Gênes ; eh bien, c'est le climat qui explique la limitation de la maladie. Les lépreux, dans ces pays, ne sont pas isolés et cependant ils ne propagent pas leur affection.

M. Hardy croit que, grâce au climat, l'invasion de la lèpre en France n'est pas à craindre, et il ne peut s'associer aux cris d'alarme de MM. Besnier, Vidal et Leloir. Pour M. Vidal, tout lépreux est un foyer d'infection. Il ne le nie pas pour l'étranger, mais c'est ici un foyer de bois vert qui s'éteint et ne brûle personne. En France, où il y a des lépreux dans les familles, les hôtels, il ne connaît pas de cas de contagion, sauf celui de M. Vidal relatif à un Irlandais qui mit les vêtements de son frère. Ce seul fait, en regard de tant d'autres contraires, n'a qu'une valeur relative.

M. Besnier croit que l'on devrait avertir les autorités et en appeler à la police sanitaire. Que veut dire ce mot? M. Besnier ne veut certainement pas enfermer les lépreux, ni leur faire porter un uniforme spécial; veut-il donc alors qu'on les arrête à la frontière et que les douaniers regardent la lèpre comme une maladie prohibée? Toutes les mesures que l'on pourrait proposer seraient vexatoires, et, pour M. Hardy, on a beaucoup exagéré le danger de voir s'établir la lèpre en France. Naturellement il ne parle pas des colonies.

Il ne faut pas repousser le lépreux, car il y a là une question d'humanité, le changement de climat et l'habitation dans les climats tempérés étant le plus sûr moyen d'obtenir un arrêt prolongé de la maladie qui équivaut presque à une guérison.

M. Rochard n'avait pas l'intention de prendre la parole dans la question de la lèpre, mais puisque M. Hardy invoque son témoignage, il doit dire que s'il a eu occasion de voir un très grand nombre de lépreux dans l'Inde, dans le royaume de Birmanie et dans nos colonies, il n'a vu dans toute sa carrière que deux Européens qui en fussent atteints : un capitaine d'infanterie de marine et un jeune créole de la Réunion. Il n'a pas vu de lèpre dans les hôpitaux de la marine et n'a pas eu connaissance de congés de réforme accordés pour cette maladie. Il ne pense pas qu'il y ait lieu d'isoler ou d'interner les lépreux. Jamais, du reste, M. Besnier ni M. Vidal ne l'ont demandé.

M. Leloir dit qu'on ne peut nier que la lèpre ne s'étende, en Europe surtout, sur les côtes de la Baltique. La difficulté du diagnostic de la lèpre au début explique l'immunité que l'on accorde aux militaires et aux marins; on croit à une maladie de peau. Une jeune anglaise, après un an de séjour à Nice, a été atteinte de la maladie, on ne

©BIU Santé

peut donc invoquer l'immunité de race; la propagation en Norwège ne permet pas non plus d'invoquer celle du climat.

M. Besnier croit que l'on pourrait réfuter facilement le discours de M. Hardy, mais il regarde la discussion comme actuellement close à la suite du discours brillant que M. Cornil a prononcé dans la dernière séance.

Il y a deux ans, on n'admettait pas que la lèpre fût contagieuse; aujourd'hui, on croit qu'elle peut l'être. Dans la prochaine discussion, on dira qu'elle l'est toujours.

— M. Le Dentu lit une observation intitulée : *Calcul d'un rein non suppuré, suture de la plaie rénale, guérison en vingt-cinq jours.* Il incise les téguments et les muscles parallèlement à la douzième côte et explore le rein par les doigts et une aiguille à acupuncture. Le siège du calcul fut reconnu au niveau du bassinet et une incision transversale permit de l'extraire; d'autres incisions furent faites sur le bord convexe de l'organe. Il a eu de l'hématurie les premiers jours et un écoulement d'urine par la plaie. Il croit que l'on pouvait empêcher ce dernier en incisant de préférence le bord convexe du rein et en suturant avec du gros catgut, n° 2.

— MM. Barnsby (de Tours) et Charpentier (de Nancy) sont élus correspondants nationaux.

— Dans un rapport sur l'état physique, intellectuel et moral des détenus dans les prisons cellulaires, récemment étudiées par M. le docteur Auguste Voisin, M. Gustave Lagneau rappelle d'abord que l'emprisonnement cellulaire a été adopté en France, conformément à la loi du 5 juin 1875, pour les prévenus, non encore reconnus innocents ou coupables ainsi que pour les condamnés à de courtes détentions de moins de neuf mois. Mais l'emprisonnement cellulaire n'a pas paru devoir être employé pour les condamnés à de longues détentions.

Ce mode d'emprisonnement aurait accru le nombre des suicides et des cas d'aliénation mentale. Mais, en France, par suite de mauvaises dispositions de certaines prisons, par suite du trop grand nombre de détenus, par suite de leur isolement imparfait, on n'obtient pas du régime cellulaire les résultats obtenus en Belgique. Dans ce pays, ce régime est strictement appliqué. Chaque détenu est réellement séparé des autres détenus. Mais de nombreuses visites leur sont faites par les gardiens, aumôniers, directeurs, instituteurs, maîtres-ouvriers leur apprenant des métiers.

Dans les prisons cellulaires de Belgique, la mortalité générale, la proportion des suicides et des cas d'aliénation mentale ne paraissent pas plus considérables que dans les prisons en commun. Les détenus ne s'y démoralisent pas et, par leur apprentissage durant leur détention sont mis à même de gagner honnêtement leur vie lors de leur sortie de prison.

— L'Académie se réunit en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laboulbène sur les candidats au titre de correspondant national (1re division). La liste de présentation est dressée ainsi qu'il suit : Première ligne, M. Morache (de Bordeaux); deuxième ligne, M. Chedevergne (de Poitiers); troisième ligne, *ex æquo*, MM. Bottentuit (de Plombières) et Villard (de Marseille).

VARIÉTÉS

L'exposé suivant contient des faits qui nous paraissent dignes d'attirer l'attention du corps médical. Nous les livrons, sans porter de jugement, à la discussion de nos confrères.

Le Conseil d'Etat s'occupe, en ce moment, d'un projet de loi sur l'inspectorat des eaux minérales, projet qui a été soigneusement élaboré au ministère du commerce et qui a fait l'objet d'une discussion approfondie à l'Académie de médecine.

On sait à quelle faible majorité cette savante Compagnie, a voté le maintien de l'ins-

©BIU Santé

pectorat, mais, par contre, elle a voulu l'entourer de garanties sérieuses de savoir et d'honorabilité professionnelle.

La loi qui interviendra donnera satisfaction à ce *desideratum*. Aujourd'hui encore, pour être nommé inspecteur d'une station thermale, il faut, d'après la loi existante, tant que celle-ci ne sera pas modifiée, être présenté au ministre, par le Comité d'hygiène, qui, chaque fois qu'il y a une place vacante, dresse une liste de trois membres, sur laquelle le ministre choisit.

Le Préfet du Puy-de-Dôme en a jugé autrement, et, malgré les échos qui ont dû lui parvenir de la récente discussion de l'Académie, discussion dans laquelle il a été facile de se convaincre de l'importance considérable que pouvait avoir, pour la station et pour les médecins de la station, la nomination d'un inspecteur, il vient de nommer de sa propre autorité, à la Bourboule, un « inspecteur provisoire ».

Cette violation « provisoire » de la loi et des usages, pourrait bien être définitive et elle a surpris et blessé tous ceux qui ont le respect de cette loi, qu'un Préfet, moins que tout autre, est censé ignorer. Et la nomination dont il s'agit, était d'autant plus inattendue et on peut dire d'autant moins nécessaire, que l'Administration, malgré des sollicitations réitérées, a laissé la station toute la saison dernière sans inspecteur, que le service des indigents a été assuré et qu'il existe à la Bourboule une Société médicale qui s'occupe avec une louable activité de tout ce qui intéresse la station.

COURRIER

Faculté de médecine de Paris. — Les membres du jury du concours du clinicat chirurgical, s'est ouvert lundi 25 juin 1888, à neuf heures, sont : Juges titulaires, MM. Duplay, Panas, A. Richet, Trélat et Verneuil ; juge suppléant, M. Lannelongue. — Les candidats, au nombre de sept, sont : MM. Boiffin, Hache, Raymond, Ricard, Rochard et Walther.

— Le jury du concours du clinicat obstétrical, qui s'est ouvert également lundi 25 juin 1888, à neuf heures, se compose de MM. Tarnier, président, A. Richet, Verneuil et Guyon, juges.

Les candidats, au nombre de neuf, sont : MM. Berthod, Boissard, Bonnaire, Demelin, Fournier, Lepage, Olivier, Tissier et Varnier.

— Le jury des concours du clinicat médical, du clinicat des maladies syphilitiques et cutanées, et du clinicat des maladies des enfants, qui s'est ouvert aussi lundi 25 juin 1888, à neuf heures, se compose de MM. Damaschino, Dieulafoy, Fournier, Grancher et Potain, juges titulaires, et de MM. Cornil et Hayem, juges suppléants. — Les candidats sont : 1° pour le clinicat médical, MM. Belin, Duflocq, Foubert, Hischmann, Ménétrier et Œttinger ; — 2° pour le clinicat des maladies cutanées et syphiliques : MM. Feulard et Cayla ; — 3° pour le clinicat des maladies des enfants : MM. Barbier, Deschamps et Martin de Gimard.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Guilhembet (de Bordeaux).

POSTE MÉDICAL. — On demande un médecin pour une localité du département de Loir-et-Cher. Très bonne clientèle. S'adresser, pour renseignements, à MM. Pouré et Cornemuse, 49, rue de Rambuteau.

A ce propos, nous rappelons à nos confrères que l'*Union médicale* reçoit toujours avec plaisir les indications de ce genre, et les demandes des jeunes docteurs en quête d'un poste médical, d'un remplaçant, etc.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Le Gérant : G. RICHELOT.

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

Comité de Rédaction

Rédacteur en chef : L.-Gustave RICHELOT, agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Secrétaire de la rédaction : P. LE GENDRE.

Membres du Comité :

SIREDEY, LUYS, GRANCHER, H. HALLOPEAU, G. HUMBERT, L.-H. PETIT.

Sommaire

I. Bulletin. — II. Paul Chéron : De quelques nouveaux excipients. — La saccharine. — III. Association de prévoyance des médecins de Meurthe-et-Moselle et de la Société de médecine de Nancy. — IV. Sur une réaction de l'albumine. — V. Académies et Sociétés savantes : Académie des sciences. — VI. Thèses de doctorat. — VII. Formulaire. — VIII. Courrier. — IX. Feuilleton : L'évolution du mariage et de la famille.

BULLETIN

Plâtrage des vins, pelade, lèpre, telles sont les questions qui ont encore une fois, mais non la dernière, occupé l'attention de l'Académie de médecine. Elles attendent toujours leur solution. Celle du plâtrage des vins, prévue d'après le récent rapport de M. Marty, va subir probablement quelques modifications, car l'Ecole d'agriculture de Montpellier a annoncé l'envoi à l'Académie d'un nouveau mémoire, d'où il appert que la dose de 4 grammes de plâtre par litre de vin serait d'une innocuité absolue. Dès lors la limite de 2 grammes demandée par M. Marty serait trop faible. Mais le département vinicole de l'Hérault n'est-il pas en pareil cas un peu... orfèvre?

La nature de la pelade, contagieuse dans certains cas, non contagieuse, mais nerveuse dans d'autres, a inspiré à M. Leloir quelques sages réflexions ; dans les cas où le diagnostic est assuré, on peut agir suivant la nature de la maladie; lorsqu'il y a doute, il faut non pas s'abstenir, mais adopter et faire adopter les mesures prophylactiques déterminées par MM. Besnier, Ollivier et Bucquoy. De plus, M. Leloir demande d'obliger les coiffeurs,

FEUILLETON

Bibliothèque anthropologique. — L'ÉVOLUTION DU MARIAGE ET DE LA FAMILLE, par Ch. Letourneau, secrétaire général de la Société d'anthropologie, professeur à l'École d'anthropologie. Paris, 1888 (1).

Avec le chapitre III commence l'étude sociologique de la reproduction humaine. « Après notre enquête préliminaire, dit l'auteur, sur l'amour, les unions sexuelles, le mariage ou ce qui y correspond, et la famille, dans le règne animal, nous sommes maintenant en mesure d'aborder l'examen des faits sociaux correspondants chez l'homme. »

La promiscuité, la forme la plus inférieure des relations sexuelles, a-t-elle régné d'une manière universelle dans l'humanité à ses débuts? Cette opinion, qui n'est pas sans une grande vraisemblance et qui a eu de nombreux partisans, notre confrère la combat en s'appuyant sur des faits nombreux et en interprétant d'une manière plus rationnelle ceux qui ont contribué à la faire admettre. Parmi ses arguments, on remarquera le fait suivant, c'est que la promiscuité n'existe même pas d'une manière universelle chez les animaux. Ainsi, les singes anthropomorphes, dont les uns sont mono-

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

©BIU Santé

par un règlement, à désinfecter leurs instruments dans une solution de sublimé ou autre antiseptique, avant et après leurs manipulations. Cela aurait certainement de bons côtés ; mais quelle jolie source de petits bénéfices pour les garçons coiffeurs ! Peu importe, l'idée est bonne, et ces mesures de précaution n'auraient rien de superflu.

La lèpre dépendrait-elle tout uniment d'une question de race et de climat, comme le voudrait M. Hardy? Et la nation française serait-elle si complètement à l'abri de la contagion, que les précautions de police sanitaire demandées par MM. Besnier, Vidal et Leloir soient inutiles? Il serait, croyons-nous, avec M. E. Besnier, prématuré de se prononcer à cet égard, bien que des faits observés aux environs de Nice et dont M. Hardy a cité lui-même un cas, semblent démontrer que la contagion y est très possible sur des individus de la race anglo-saxonne. Actuellement, comme M. Leloir l'a indiqué, tous les climats peuvent être envahis par la lèpre. Ainsi que nous le disons dans notre dernier *Bulletin*, et comme M. Ernest Besnier l'a demandé à la fin de la discussion, celle-ci peut en rester là; après les conclusions données par M. Cornil, et qui sont « un modèle de sagesse, de correction et de prudence », il faut laisser au temps le soin de provoquer le mouvement d'idées nécessaire à l'adoption définitive de la doctrine de la contagion.

— La réception des délégués de l'Association générale des étudiants de Paris par les étudiants italiens est un événement qui fera époque dans l'histoire de ces intelligentes corporations. Toute la presse a été unanime à se réjouir de la chaleureuse cordialité avec laquelle les étudiants italiens ont accueilli nos compatriotes et notre drapeau national. Les étudiants allemands eux-mêmes, gagnés par cette chaleur communicative, ont daigné saluer de l'épée le drapeau et les étudiants français. Les étudiants italiens ont poussé le cri de « Vive la France! » Ils ont ensuite embrassé le drapeau. La voiture où se trouvaient les étudiants français a été dételée et les étudiants portés en triomphe. Le président de la Société des étudiants,

---

games et les autres polygames, ne la supportent pas. La promiscuité, qui a été probablement observée et qu'on observe sans doute encore dans certaines conditions, n'aurait donc jamais existé qu'exceptionnellement chez l'homme. Ce ne serait donc pas de la promiscuité, mais bien d'une multitude de formes diverses d'associations sexuelles, qui ont, on ne peut s'empêcher de le reconnaître, une grande affinité avec la promiscuité, que l'on doit partir pour arriver à notre mariage actuel.

Chemin faisant, l'auteur nous fait passer en revue l'hétaïrisme, le *jus primæ noctis*, la défloration religieuse, etc., etc. Ce n'est pas sous la féodalité européenne que le droit seigneurial de prélibation, « cet abus de la force et du bon plaisir », qui était encore revendiqué presque de nos jours — un titre français de 1507 — par certains seigneurs des Pays-Bas, de la Prusse, de l'Allemagne, par des évêques, en qualité de seigneurs féodaux, etc., etc., a été imaginé; il remonte très loin dans l'antiquité : « Chez les Cafres, les chefs avaient le choix des femmes à plusieurs lieues à la ronde. Au Nouveau-Mexique, d'après Castañeda, il fallait, après avoir acheté la fille aux parents, la soumettre au droit seigneurial du cacique ou d'un prêtre de haut rang. La religion commence déjà à s'immiscer dans ce droit singulier. Dans un royaume du Malabar, le pouvoir ecclésiastique avait, sur ce point particulier, pris le pas sur le pouvoir civil, et le souverain lui-même passait sous le joug. Comme les autres femmes, la reine devait subir le droit de prélibation exercé par le grand-prêtre, à qui appartenaient les trois premières nuits, et à qui l'on payait en outre pour sa peine cinquante pièces d'or. Au Cambodge, d'après un ancien voyageur chinois, la prélibation religieuse était obliga-

SBIU Santé

M. Chaumeton, a eu une entrevue publique avec le roi d'Italie, qui lui a serré la main. A l'arrivée de la reine, les étudiants français, en galants chevaliers, lui ont offert un superbe bouquet orné de rubans que Sa Majesté a accepté avec plaisir et gardé à la main.

Le roi est entré à Bologne, précédé par le drapeau français des étudiants, qu'entouraient à droite le drapeau de Rome, à gauche celui de Venise.

Tels sont les faits saillants de cette réception. Sans vouloir en tirer de pronostic favorable au point de vue politique, il nous est permis de nous féliciter de cet accord survenu entre la jeunesse de deux nations sœurs sur le terrain de la science. Nous sommes de ceux qui pensent que les Congrès scientifiques internationaux sont destinés à avoir une grande influence sur la paix universelle, et chaque pas fait dans cette voie semble nous donner raison. Le centenaire de l'Université de Bologne en est une nouvelle preuve. — L.-H. P.

REVUE DE THÉRAPEUTIQUE

De quelques nouveaux excipients. — La saccharine.

I

La lanoline est une matière grasse qui se rencontre dans tous les tissus kératinisés, tels que poils, épiderme, etc., et qui est probablement l'oléidine de Ranvier que ce professeur a décrite dans la couche granuleuse de l'épiderme. On l'extrait en abondance de la laine des moutons. C'est la graisse cholestérinée du suint.

Convenablement débarrassée de l'albumine, des acides gras et autres substances qui la souillent, elle se présente sous l'aspect d'une masse blanc jaunâtre, de consistance d'onguent épais qui fond vers 40°. Elle possède une odeur faible, particulière, parfois assez désagréable, et est absolument neutre. La purification complète est importante, car, dans un cas, G. Meyer, ayant employé de la lanoline impure pour faire une pommade à l'iodure de potassium, provoqua une dermatite.

---

toire pour toutes les jeunes filles. Chaque année, on y procédait en grand. Les parents ayant des filles à marier en devaient faire la déclaration, et un fonctionnaire public fixait le jour de la célébration du *Tchin-than*, ou défloration légale et religieuse. Pour cela, l'intervention d'un prêtre de Bouddha ou d'un prêtre *tao-sse* était indispensable. Les parents réclamaient son office, qui coûtait fort cher; aussi les filles pauvres gardaient, pour cette raison, le célibat plus longtemps que les riches. Il arrivait même parfois que des personnes pieuses, mues par un sentiment de charité, se chargeaient de payer, pour les délaissées, les frais de la cérémonie. Celle-ci ne se faisait pas sans éclat. Au jour dit, le prêtre officiant était porté, le soir et en grande prompe, dans la maison en fête; et, le lendemain matin, on le ramenait chez lui, dans un palanquin avec parasol, tambour et musique, et non sans lui avoir offert de nouveaux présents... »

La prélibation se pratiquait aussi dans un tout autre esprit, non obligatoirement, ni religieusement. Hérodote nous apprend que lorsqu'un Nasamon se mariait, l'usage voulait que, la première nuit, l'épousée passât de l'un à l'autre des convives et se livrât à tous; chacun de ceux qui avaient eu commerce avec elle lui faisait un présent, qu'il avait eu soin d'apporter de sa demeure.

Tous ces faits ridicules ou odieux rentrent dans l'histoire du mariage. Mais, comme le dit l'auteur, le mariage primitif ne mérite guère le nom de mariage. Il se présente sous les formes les plus diverses, les plus excentriques : les mariages à l'essai, les mariages temporaires, les mariages qui ne lient les époux que pour certains jours de la

©BIU Santé

La propriété principale de la lanoline est d'absorber plusieurs fois son poids d'eau sans perdre son apparence de corps gras; avec une quantité double de glycérine, elle forme aussi un mélange homogène et stable d'une conservation facile. La lanoline se mêle aussi très bien avec les huiles et les graisses et ne forme pas de savons avec les solutions salines. On lui a incorporé un grand nombre de médicaments : l'iode, le plomb, le mercure, les extraits, les alcaloïdes, et on s'en est servi pour la préparation rapide des emplâtres et onguents.

Plusieurs auteurs, au début de son emploi surtout, ont recommandé de lui ajouter d'autres corps gras. Kœbner la mêle à 10 ou 12 p. 100 de graisse, Frænkel emploie une partie de graisse pour quinze de lanoline. Pour Kaposi, il faut lui ajouter 10 p. 100 d'huile ou de tout autre corps gras pour pouvoir se servir de l'onguent napolitain fabriqué avec elle, et alors la formation des acides gras reste la même. Lassar dit aussi que l'on active son absorption quand on la mélange à un peu de graisse ou de glycérine et recommande d'y ajouter 1/5e de vaseline quand on veut conserver sa souplesse à la peau. Cependant Liebreich, depuis que l'on a pu extraire complètement les matières gluantes, conseille de l'employer seule. Après l'application, on peut enlever l'excès avec un linge sec sans être obligé de se servir d'eau et de savon.

Lassar, dans ses premières publications, annonça, d'après plus de 400 expériences, que la disparition de la lanoline dans la peau est très facile et plus rapide que celle de toute autre graisse. Au microscope, on la retrouve dans les couches les plus profondes de l'épiderme. Nous allons voir que les opinions des praticiens sont très contradictoires.

Patschkowsky a employé 6 gr. d'un onguent à l'iodure de potassium à 10 p. 100, et, une demi-heure après, a trouvé l'iode dans l'urine. L'absorption du mercure lui a paru aussi facilitée. Kœbner a noté que l'onguent gris à la lanoline s'absorbait plus facilement que celui à l'axonge sur les régions privées de poils et moins bien sur les régions poilues. Avec le sublimé, Liebreich a vu la pénétration si rapide qu'au bout de quelques minutes on percevait une saveur métallique. Pour Stern, quand on fait entrer la lanoline dans la composition de l'onguent diachylon, la pommade est facilement absorbée, mais il en reste une partie sur la peau. Smith la regarde aussi comme facilitant l'absorption, ainsi que Paulowski. Ce dernier a fait pénétrer, par son intermédiaire, le chlorhydrate de quinine et l'iodure de potassium; après l'emploi de ce dernier, la réaction caractéristique apparaît dans l'urine après deux, trois ou quatre heures. Il regarde l'imbibition préalable de la peau par l'éther sulfurique comme facilitant la pénétration. La lanoline, dit Stelwagon, est supérieure aux excipients habituels des pommades; par contre, comme

---

semaine, les hommes à demi-mariés, etc., etc.; et on le voit se façonner lentement à travers les siècles jusqu'à l'institution de mariages sérieux et durables.

Parmi ces derniers, l'auteur décrit successivement, avec des détails et des renseignements précieux et considérables, la polyandrie, le mariage par capture, le mariage par achat, qui est encore si commun de nos jours dans notre civilisation, le mariage par servitude, — « l'histoire du mariage de Jacob nous a prouvé que le mariage par servitude se pratiquait chez les anciens Hébreux » — la polygamie, en indiquant les diverses conditions de la prostitution liée à son sujet et considérée alors comme un commerce légitime appartenant au propriétaire de la fille ou de la femme (le père ou le mari), et en développant les différentes formes du concubinage, « trait d'union entre la polygamie et la monogamie »; et il arrive à la monogamie, dont il expose les conditions d'origine.

De ce long parcours, nous ne relèverons que quelques traits.

Dans les curieux phalanstères néo-mexicains appelés *pueblos*, « le poursuivant, une fois agréé par les parents, essayait de charmer sa future en lui donnant, tous les jours et des heures durant, des sérénades amoureuses ». C'est exactement la manœuvre galante des oiseaux amoureux, qui, pour charmer, eux aussi, les femelles qu'ils veulent s'attacher, paradent autour de celles-ci, étalant leur plumage, faisant entendre leurs chants les plus doux et les plus passionnés.

Chez certains Touaregs du Sahara, « le père, avant que sa fille se marie, exige d'elle le remboursement prélevé sur son corps de ce qu'elle a coûté à sa famille... la fille est d'autant plus recherchée qu'elle a eu plus de succès dans le commerce de ses attraits! »

©BIU Santé

enduit protecteur, elle est inférieure au cold-cream, à la vaseline et à l'axonge ; sa plus grande puissance de pénétration la recommande dans les dermatoses chroniques. Citons encore Cheminade, qui a recommandé les frictions avec une pommade composée de 10 grammes de lanoline pour 20 grammes d'onguent napolitain appliqués aux endroits qui sont le siège de manifestations cutanées de la syphilis. Grellety (Soc. de thér., 28 mars 1885) a rapporté des expériences qui prouvent que la lanoline chargée de cinabre, de soufre et d'autres corps, pénètre rapidement à travers une peau de porc tendue sur un tambour, tandis qu'il n'y a que peu ou pas d'absorption des corps associés à la vaseline.

Voyons maintenant les témoignages défavorables. M. Burjinsky a expérimenté en pratiquant des onctions sur la paume de la main ou sur l'avant-bras et le bras et en se servant de pommade au chlorhydrate de quinine et au salicylate de soude. Pour lui, l'absorption n'est pas plus rapide qu'avec les autres corps gras. En employant l'acide salicylique et l'axonge, la réaction apparaît dans l'urine au bout de une à deux heures ; elle ne se développe qu'après quatre heures, lorsqu'on utilise l'acide avec la lanoline. Le principal avantage de la graisse du suint consiste dans le mélange facile avec la glycérine et l'axonge.

Soulée, dans sa thèse soutenue à Bordeaux, rapporte un grand nombre d'expériences faites avec des médicaments qui passent facilement dans l'urine. L'acide salicylique seul a pu être retrouvé, et, pour lui, cela tient à ce que l'épiderme altéré ne s'opposait plus à l'absorption.

Gutmann admet aussi que la lanoline seule ne présente aucun avantage sur l'axonge au point de vue de l'absorption des médicaments chez les malades ayant subi des frictions avec une pommade à l'iodure de potassium et à la lanoline ; on trouve, en examinant l'urine, dans 55 examens, 0/00, réaction nulle ; dans 28 p. 1,000, trace de réaction ; dans 10 p. 1,000, réaction faible ; dans 7 p. 1,000, réaction évidente. La même pommade à base d'axonge donne, dans 24 examens, 0/00, réaction nulle ; dans 40 p. 1,000, trace de réaction ; dans 17 p. 1,000, réaction faible ; dans 19 p. 1,000, réaction évidente. On obtiendrait donc des résultats plutôt meilleurs avec l'axonge. Les pommades au salicylate de soude ont donné à peu près les mêmes résultats avec les deux excipients (*Revue d'Hayem*, 1887, 2, 62).

Employée seule, la lanoline n'a été appliquée qu'aux affections cutanées. Stern s'en est servi dans l'eczéma de l'enfant et de l'adulte, dans la séborrhée du cuir chevelu. Il l'a mélangée à la chrysarobine contre le psoriasis. Stelwagon l'a vue provoquer l'irri-

---

Par contraste, « d'autres Touaregs, les Sémites, les Hébreux et les Arabes, attachaient et attachent encore un prix énorme à la virginité de la fiancée ».

Dans certains pays de la Mélanésie, les femmes soumises à la polygamie « étaient encore astreintes à un singulier devoir, celui d'élever, pour leur mari, une concubine de choix. Le trait est curieux et vaut la peine d'être rapporté : la nouvelle mariée prend avec elle une jeune fille encore enfant, mais qui promet d'être belle et qu'on a scrupuleusement choisie dans la classe du peuple. C'est une vierge destinée à son mari. Elle l'élève avec la plus tendre sollicitude, et quand la jeune fille est nubile, l'épouse, à un jour fixé, la déshabille, la lave soigneusement et même fait couler sur ses cheveux de l'huile parfumée, la couronne de fleurs, la conduit ainsi, nue, à son mari, la lui présente et se retire en silence ». Cet usage rappelle invinciblement l'acte bien autrement méprisable de Mme de Montespan, qui, pour réchauffer la passion attiédie de Louis XIV, présenta à son royal amant la jeune vierge de Fontanges et la déshabilla devant lui pour qu'il pût admirer ses belles épaules et son admirable poitrine. Mais cette malheureuse, qui acceptait avec joie une pareille fonction, où elle devait trouver la mort, on n'avait pas été la *choisir dans la classe du peuple*.....

La polygamie a été souvent « une source de richesse, non seulement par le travail des femmes, mais encore par la vente des enfants... Dans l'Amérique du Sud, comme en Afrique, les femmes étaient bien loin de se rebeller contre la polygamie ; car, là aussi, tous les labeurs pénibles étaient leur lot et le poids en était d'autant plus allégé que les travailleuses étaient en plus grand nombre ». Aussi, « quand Clapperton, à Tchaki,

©BIU Santé

tation de la peau dans des cas d'eczémas aigus et subaigus. Wulfsberg rapporte l'observation d'un cas de prurigo chez un vieillard guéri par des onctions avec une pommade à la lanoline avec 10 p. 1,000 d'acide borique; il conseille contre les pédiculi pubis un mélange de mercure avec la graisse du suint.

Frænkel l'a employée en applications sur les muqueuses à l'aide d'une baguette de verre; il faut alors la mélanger à un peu de graisse comme nous l'avons vu plus haut; elle empêche la formation des croûtes dans le coryza atrophique et diminue les sécrétions du coryza purulent. Pour Kœbner, elle dissout moins bien la chysarobine que les autres véhicules gras. Enfin, Kinnier et Smith la regardent comme excellente contre les gerçures des mains; une seule onction peut suffire.

Il n'est pas sans intérêt de mentionner, en terminant, que la lanoline est encore un corps *retrouvé*, et qu'elle était couramment employée dans l'antiquité et au moyen âge. Et dire que, quand on lui a substitué l'axonge, on a dû faire de cette dernière le plus grand éloge. Serait-ce que les drogues ont aussi leurs destins?

D'autres excipients nouveaux ont été récemment préconisés. Kirsten a vanté la molline comme surchargée de graisses et ne contenant pas de bases pouvant irriter la peau. Une partie de mercure et deux parties de molline forment un savon supérieur, pour l'emploi, à l'onguent napolitain; il serait plus rapidement efficace. La molline se mélange bien au styrax, aux acides phénique et salicylique, etc.

Enfin, nous avons encore à citer les savons d'alcaloïdes proposés par Tripier pour remplacer les pommades dans lesquelles on fait entrer les alcaloïdes végétaux. L'absorption de ces derniers s'effectue plus facilement sous forme de savons.

Les oléates s'absorbent aussi rapidement, mais nous en remettons l'étude à un prochain article.

II

Il existe au moins deux corps qui ont été appelés saccharine. L'un, découvert par Péligot, est une substance hydrocarbonée jusqu'à présent inutile; l'autre, préparé par Fahlberg, a donné lieu, au contraire, à de nombreuses recherches physiologiques et thérapeutiques.

La saccharine de Fahlberg est l'acide anhydro-ortho-sulfamido-benzoïque, et peut se combiner aux bases. Elle se présente sous la forme d'une poudre blanche et cristalline.

Sa solubilité a été bien étudiée par Fournié (*Lyon médical*, 1887, 51). Elle est de 1/286 à 10°5; de 1/27 à 25°, de 1/11 à 100°. L'alcool à 10° en dissout 1/211, à 92° 1/35,

---

à Badagry, etc., parlait aux indigènes de la monogamie des Anglais, tous les auditeurs, sans distinction de sexe, éclataient de rire, tant la chose leur semblait absurde ».

Aux détails de la question du mariage vient s'accoler la notion inéluctable de la prostitution, que nous venons de nommer en passant comme se liant, dans certains cas, à la polygamie. L'origine de la prostitution remonte aux sociétés les plus primitives; elle est antérieure à toutes les formes de mariage; avec la pratique si générale du concubinat, elle démontre que la monogamie « est un type de mariage auquel le genre humain a bien du mal à se plier ». Au sujet de la prostitution, l'auteur rappelle un fait curieux, qu'il est utile d'opposer, entouré de mille autres, aux *laudatores temporis acti*, qui prétendent que la morale est en décadence dans notre civilisation actuelle. Ce fait, le voici : « Dans la vieille France, la prostitution s'étalait hardiment, en plein soleil, à ce point que des villes, par exemple celle de Rouen, avaient leurs *proxénètes jurés*, portant des médailles en bronze, aux armes de la ville!! » Du reste, dans beaucoup de pays et pour beaucoup de motifs, il n'y avait guère de place pour la prostitution, qui était sans raison d'être par la grande liberté des mœurs; et dans d'autres, les usages devaient y pousser; par exemple, à Sparte, où, pour exciter les jeunes hommes au mariage on les faisait assister aux exercices gymnastiques des jeunes filles nues.

Quoique nous n'ayons pas pu mettre en lumière tout ce que le livre de notre confrère renferme d'intéressant, on voit que le travail qu'il a entrepris et si bien conduit, est presque sans limites, et nous ne pouvons le suivre dans ses chapitres sur l'adultère, où il condamne avec tant de raison le mari meurtrier de sa femme infidèle, sur la répu-

©BIU Santé

à 100° 1/6. Enfin, la solubilité dans l'éther à 66° est de 1/77. L'addition à l'eau de carbonates alcalins et alcalino-terreux augmente beaucoup la quantité dissoute par suite d'une combinaison.

Du reste, comme pour beaucoup de produits nouveaux, les saccharines fournies aux expérimentateurs offrent des solubilités un peu différentes tenant sans doute au plus ou moins d'impuretés. C'est ainsi que, dans les *Arch. des pharm.* [3], XXV, 1040, il est dit que 1 de saccharine est soluble dans 400 parties d'eau froide et 28 d'eau bouillante; on a vu aussi une saccharine nécessitant 600 parties d'eau pour se dissoudre. Cependant comme, actuellement, le produit préparé selon le procédé de Fahlberg tend à dominer, on peut considérer les chiffres de Fournié comme exacts. Mercier, d'autre part, a préparé une saccharine très soluble, puisque 1,000 grammes d'eau en dissolvent 3,335 grammes.

L'élimination de la saccharine se fait par les urines dans lesquelles elle passe inaltérée, et où on peut la retrouver. Le lait et la salive n'en contiennent pas (Adducco et Mosso). Elle n'agit en rien sur la nutrition et ne modifie pas l'élimination de l'azote.

La principale propriété du produit dont nous nous occupons est sa saveur sucrée. 1 gramme équivaut, en effet, à peu près à 280 grammes de sucre, et le goût sucré est encore perceptible dans une solution à 1/70,000. C'est sur cette propriété que se base l'emploi de la saccharine chez les diabétiques dans l'alimentation desquels elle pourrait remplacer le sucre.

Maintenant son emploi est-il toujours inoffensif? C'est ce qu'il importe d'étudier avec soin.

Stutzer, Abeles, Pollatschek, Mercier en regardent l'usage comme sans inconvénients, même quand on la prend pendant longtemps; c'est aussi l'avis d'Adducco et Mosso, et de Stadelman. Par contre, d'autres auteurs reconnaissent à la saccharine de nombreux désavantages. Worms en a donné 0,10 par jour chez les diabétiques; un a bien supporté; les trois autres ont dû renoncer au bout de quinze jours; ils se plaignaient de la perte de l'appétit et d'une sensation de barre épigastrique.

Hedley a noté le développement rapide d'un goût sucré très désagréable; Kohlschutter et Elsasser ont bien observé chez leurs diabétiques la diminution de la polyurie et du sucre; mais, pour eux, cela tendrait surtout à la perte de l'appétit. Les accidents du côté de l'estomac et du tube digestif pourraient être dus (Dujardin-Beaumetz) à l'action sur les ferments du tube digestif. Stutzer a montré qu'en digestion artificielle, la saccharine n'empêche pas l'action du suc gastrique et, pour Salkowsky, elle ne

---

diation, le divorce, le veuvage, le lévirat, la formation de la famille dans toutes les civilisations, etc. Il faut lire ces renseignements consciencieux et instructifs, en ne perdant pas de vue qu'il s'agit ici de la création d'une science nouvelle, car c'est à peine si, de nos jours, « nous commençons à connaître réellement le genre humain ».

Le dernier chapitre est un résumé bien fait, où, après une revue rapide du passé, et une appréciation éclairée du présent, que nous avons tous la prétention de connaître et de juger, l'auteur s'arrête un instant sur la pensée de l'avenir. « Que deviendront, dit-il, le mariage et la famille? » La question peut se poser en présence de l'accroissement continu des divorces, des séparations et des unions libres. Voici d'ailleurs sa croyance et son espoir :

« Le mariage monogamique subsistera; il est le dernier venu et de beaucoup le plus digne, sans compter que la loi de balancement des sexes en fait presque une nécessité; mais il y entrera de plus en plus d'égalité, de moins en moins de contrainte légale. Sur ce point, continue-t-il, je suis heureux de me trouver d'accord avec le plus célèbre des sociologistes modernes, avec Herbert Spencer, assez peu osé pourtant en ces délicates matières : « Dans les phases primitives, dit Spencer, pendant lesquelles la monogamie « permanente se développait, l'union de par la loi, c'est-à-dire originairement l'acte « d'achat, était censée la plus importante, et l'union par affection la moins importante. « Un temps viendra où l'union par affection sera censée la plus importante et l'union de « par la loi la moins importante, ce qui vouera à la réprobation les unions conjugales « où l'union par affection sera dissoute. »

©BIU Santé

trouble pas la digestion des matières albuminoïdes; en revanche, d'après les expériences de ce dernier auteur, elle entrave l'action saccharifiante de la salive et du suc pancréatique, quand la digestion se fait dans un milieu acide; il suffirait de neutraliser le milieu pour que les choses se passent comme à l'état normal.

Quoi qu'il en soit, il reste acquis que, dans quelques cas, la saccharine est mal supportée. Il est évident que l'état de perméabilité du rein, les impuretés du produit peuvent jouer un rôle dans les accidents, mais il n'en est pas moins prouvé que les voies digestives peuvent ne pas tolérer la saccharine. On a bien dit (Purdy) que l'action sur les fermentations pouvait contribuer indirectement à prévenir l'apparition des furoncles et des anthrax, mais ce n'est là qu'un avantage hypothétique, et il est malheureusement trop évident que l'on doit éviter tout ce qui, chez le diabétique, pourrait compromettre l'intégrité de l'appareil digestif. Il conviendra donc, pour le moment, de n'ordonner la saccharine qu'avec une sage prudence, et nous ne saurions préconiser, malgré l'autorité de Leyden, l'usage d'un pain fait avec ce corps et la pâte d'amandes. On l'a encore conseillée à la place du sucre chez les goutteux, les polysarciques et les calculeux.

La saccharine est, au moins dans une certaine mesure, antifermentescible et antiseptique. Pour Macuaugton Jones, le pouvoir antiseptique est analogue à celui de l'acide salicylique et du thymol; dans le diabète, elle empêche la fermentation des torulæ, et peut être employée aussi dans la cystite. Stadelman et Mercier ont cependant échoué dans la cystite chronique tuberculeuse, mais réussi dans des affections locales simples. Citons encore Little, qui a obtenu de bons effets quand il y avait fermentation ammoniacale de l'urine; le produit rend l'urine acide et peut produire, indirectement, des résultats favorables; il n'a pas non plus réussi dans la cystite tuberculeuse.

La saccharine serait encore microbicide (Mercier); il faudrait alors employer des solutions à 3 p. 1000; d'autre part, Salkowski, dans un travail paru dans les *Archives de Virchow*, a montré qu'elle empêchait pendant plusieurs jours l'altération de solutions de peptones maintenues à 30°. Le même auteur la regarde comme un antiseptique faible et croit qu'elle peut agir dans l'antisepsie intestinale, mais d'une manière peu marquée. (*Arch. f. path. An. u. Phys.*, CV, Helft I.)

En réalité, on peut, jusqu'à présent du moins, négliger l'emploi de la saccharine comme antiseptique et ne s'en servir que comme d'un édulcorant dans les cas de diabète. Il faudra alors s'en tenir à des doses faibles, 15 à 25 centigr. par jour et surveiller attentivement le tube digestif du malade.

Pharmacologiquement, on a employé de la saccharine pour masquer le goût de mé-

---

« Montaigne avait déjà écrit jadis : « Nous avons pensé attacher plus ferme le nœud « de nos mariages pour avoir osté tout moyen de les dissoudre; mais d'autant s'est « desprins et relasché le nœud de la volonté et de l'affection que celui de la contrainte « s'est estrécy. »

« Il est donc vraisemblable qu'un avenir plus ou moins lointain inaugurera le régime des unions monogamiques, librement contractées et au besoin librement dissoutes, par simple consentement mutuel, ainsi que se font déjà les divorces dans divers pays européens, à Genève, en Belgique, en Roumanie, etc., et la séparation en Italie. Dans ces divorces futurs, la communauté n'interviendra que pour sauvegarder ce qui est pour elle d'intérêt vital : le sort et l'éducation des enfants. Mais cette évolution dans la manière de comprendre et de pratiquer le mariage s'opérera lentement, car elle suppose toute une révolution correspondante dans l'opinion publique; en outre, elle a pour corollaire de profondes modifications dans tout l'organisme social... »

Voilà un beau rêve! Mais à quel lointain horizon pouvons-nous l'apercevoir?

En réalité, le caractère des œuvres de M. Letourneau, et en particulier de celle que nous avons sous les yeux, c'est d'être le produit d'un travail consciencieux et complet, et d'offrir des matériaux savamment et intelligemment élaborés, par conséquent, d'être incontestablement intéressantes et utiles.

Dr G. Richelot père.

©BIU Santé

dicaments très amers, le sulfate de quinine, par exemple. Lutz a conseillé, dans ce but, deux véhicules : une solution alcoolique étendue et un mélange avec la mannite. Les deux véhicules sont dosés de manière à ce que 1 gramme de la préparation égale 10 grammes de sucre ou 15 grammes de sirop simple. Voici sa formule (d'après Fournié) pour l'administration du sulfate de quinine :

Sulfate de quinine	0 gr. 50 centigr.
Acide sulfurique dilué.....	q. s.
Essence de menthe.....	V gouttes.
Solution de saccharine.....	10 grammes.
Eau distillée q. s. pour faire.....	100 c. c.

On a encore eu recours, en pharmacie, à la saccharine pour la conservation des potions. La proportion, pour Mercier, est alors de 0,30 p. de 100 de liquide représentant environ 75 grammes de sucre. Nous avouons franchement n'avoir pas d'expérience personnelle sur ces points, mais quand même, ce qui du reste n'est pas pour le sulfate de quinine, on arriverait à masquer complètement une saveur désagréable, il faudrait toujours songer, en cas d'administration prolongée, aux troubles digestifs possibles.

Paul Chéron.

Association de prévoyance des médecins de Meurthe-et-Moselle et de la Société de médecine de Nancy.

Suggestion durant le sommeil spontané ou provoqué. — Traitement de l'anévrysme de l'aorte par l'électrolyse. — Lithiase biliaire. — Présentation d'instruments.

Vittel, 15 juin 1888.

Cher rédacteur en chef et ami,

Je vous envoie le compte rendu de l'assemblée générale de l'Association des médecins de Meurthe-et-Moselle et de la Société de médecine de Nancy, qui a eu lieu hier jeudi à l'hôtel de la Bibliothèque.

De ce qui a trait à l'Association de prévoyance et de secours mutuels, réunie sous la présidence de M. le professeur Lallement, en l'absence de M. le professeur Demange père empêché par raison de santé, je ne dirai rien, si ce n'est qu'elle est en situation très prospère et fait honneur à ceux qui l'ont dirigée jusqu'à ce jour et à ceux qui la dirigent actuellement.

Je vous parlerai, au contraire, avec quelques détails de la partie de la séance consacrée aux travaux de la Société de médecine présidée par le professeur Hergott fils.

Après l'allocution du sympathique et distingué président, M. le professeur Bernheim a pris la parole et nous a fait sur *la suggestion dans le sommeil spontané et provoqué* une communication que nos romanciers diraient, avec raison, des plus troublantes, et dont les conclusions, si elles étaient admissibles pour un grand nombre d'individus pris au hasard, n'aboutiraient à rien moins qu'à faire douter du libre arbitre des gens en apparence les mieux équilibrés et à faire douter de la responsabilité des coupables, et sinon de la sincérité des témoins, au moins de la vérité des témoignages.

M. Bernheim, relatant une première série d'expériences, nous dit qu'il fait naître chez deux malades successivement des hallucinations rétroactives, et les persuade à tour de rôle qu'ils se sont donné des coups, que le sang a coulé; ils se le rappellent, ils l'affirment, ils le soutiennent, malgré les affirmations que leur oppose ensuite M. Bernheim, et ils jurent qu'ils ont été acteurs, témoins ou victimes des faits suggérés.

Dans une série d'expériences, il endort, d'un seul coup, les 14 malades d'une salle; tous sont dans un état qui les rend capables de catalepsie et sont analgésiques. L'un d'eux est, au réveil, suggestionné par affirmation qu'il a assisté à une scène violente entre l'infirmier de la salle et l'un des malades, qu'il y a eu des coups de béquille donnés, que le sang a coulé. Comme les précédents, il affirme, il maintient son dire, il jure qu'il a assisté à la scène, qu'il a vu le sang, etc. Pendant ce temps-là, les treize autres

©BIU Santé

dorment; on les réveille, ils racontent la même scène qu'ils se rappellent bien, mais un peu confusément cependant, parce que, disent-ils, ils dormaient à moitié et n'y ont pas fait grande attention. Sur quatorze, il y en a douze qui jurent pourtant y avoir assisté et la décrivent comme le premier.

Dans une troisième série d'expériences, M. Bernheim endort un malade, lui fait croire par suggestion qu'un photographe est venu, l'a photographié et lui remis 2 francs, et il obtient la même suggestion chez un autre malade voisin du premier et dormant spontanément; d'où il conclut que la suggestion rétroactive est possible pendant le sommeil normal comme pendant le sommeil provoqué.

Enfin, il obtient la suggestion par affirmation au réveil du sommeil naturel, et cela encore chez un très grand nombre de sujets.

Les conclusions de M. Bernheim sont, en conséquence, celles-ci : la suggestion est obtenue durant le sommeil naturel comme durant le sommeil provoqué; seulement, dans le premier cas, le sujet n'est pas attentif comme dans le deuxième, mais il suffit d'une affirmation donnée au réveil que tel fait s'est passé pour que tout ce qui a été dit à portée du sujet lui revienne avec tous les détails, et qu'il le revoie et le rapporte « comme si c'était arrivé ». Dès lors, il l'affirme, il le soutient malgré les dénégations, il le jure au besoin. Méfions-nous de ceux qui dorment comme de ceux qui font semblant de dormir et gare aux faux témoignages, telle a été la conclusion.

Le professeur P. Spillmann, prenant ensuite la parole, a communiqué d'abord les résultats qu'il a obtenus de l'emploi du *sulfonal*, puis un travail des plus intéressants sur le traitement des anévrysmes de l'aorte par l'électrolyse, à l'occasion d'un cas observé dans son service.

Le sulfonal est un disulfone. C'est exactement du diœthylsulfon diméthyl-méthan obtenu par l'oxydation du dithioœthyl diméthyl-méthan!!... Il se présente sous la forme de prismes blancs. Il est sans odeur ni saveur; il est fort peu soluble dans l'eau, un peu soluble dans l'alcool, l'éther, le chloroforme.

Il a été introduit dans la thérapeutique et employé par Baumann, Fischer, Kast, Rossbach. M. Spillmann le considère comme un excellent hypnotique et l'a employé, à ce titre, avec grand succès chez les nerveux, chez les tuberculeux, chez les cardiaques.

Administré soit en suspension dans une potion, soit sous forme de cachet à la dose de 1 à 2 grammes, il a procuré, même pris au milieu de la nuit, un sommeil calme et réparateur qui est toujours survenu trois quarts d'heure à une heure après son administration.

Donné le soir, il a procuré généralement cinq à huit heures d'un excellent sommeil, ne laissant aucun malaise au réveil.

Il n'est pas analgésique et n'a pas donné de résultats dans l'insomnie provoquée par de vives douleurs.

L'observation servant de base à la deuxième communication de M. Spillmann était complétée par la présentation de la pièce anatomique, très bien préparée, qui permettait d'apprécier l'énorme étendue et l'extrême gravité des lésions contre lesquelles notre savant confrère avait lutté victorieusement pendant quelque temps.

Il s'agissait d'un *anévrysme sacciforme de la portion ascendante de l'aorte*, contre lequel, à l'entrée du malade à l'hôpital, toute intervention paraissait impossible à tenter. Le malade pourtant, un homme de 65 ans, encore très énergique malgré ses souffrances, réclamait avec instance une opération, tous les moyens médicaux étant restés sans effet. Devant ses sollicitations réitérées plutôt qu'avec l'espérance d'une amélioration sérieuse, et devant la certitude d'accidents brusquement mortels à très brève échéance, la tumeur étant très volumineuse, très superficielle, à parois extraordinairement amincies, M. Spillmann, après avoir passé en revue les divers modes de traitement qui pourraient être tentés, ressorts de montre, crins de Florence, électrolyse, fixa son choix sur celle-ci.

Une pile de Schrœder et trois aiguilles de platine avec enduit protecteur au-dessus des points qui devaient pénétrer dans l'intérieur de la tumeur, constituant les éléments essentiels de l'instrumentation, les trois aiguilles furent introduites à petite distance l'une de l'autre et mises en communication avec le pôle positif pour obtenir la formation

©BIU Santé

de caillots durs et éviter la production de gaz. Un courant de 25 milliampères fut appliqué pendant une heure.

Dès le lendemain, on constatait : disparition de la douleur, affaissement de la tumeur au niveau du point d'application du courant, diminution manifeste des mouvements d'expansion.

Trois jours après, deuxième séance avec des aiguilles dorées au lieu des aiguilles primitivement employées, qui avaient paru un peu faibles, pôle positif, 50 milliampères, vingt minutes de durée.

Pendant la séance : douleur au point d'application du pôle négatif, que l'on déplace et dont on augmente la surface.

Après la séance : diminution, affaissement de la tumeur, diminution des mouvements d'expansion, aucune douleur.

Cinq jours après, troisième et dernière séance, dans les mêmes conditions que la précédente. Mêmes résultats.

Amélioration des plus appréciables par les effets accumulés des trois séances pratiquées successivement à court intervalle, et qu'on avait eu soin de faire porter chacune sur un point différent de la tumeur.

Quinze jours après la dernière séance, sans cause appréciable, la tumeur a augmenté légèrement de volume; le lendemain, en quelques secondes, la mort survient.

A l'autopsie, on trouve une déchirure de la poche spontanément produite en un point sur lequel n'ont pas porté les applications électriques et un épanchement sanguin de trois litres environ dans la plèvre.

Dans la poche anévrysmale, on trouve des caillots fibrineux fermes aux divers points sur lesquels ont porté les séances d'électrolyse et, jusqu'à l'orifice aortique du sac, on voit des couches stratifiées oblitérant presque cette ouverture; au centre, une masse fibrineuse de la grosseur d'une mandarine, et séparant ces parties fibrineuses entre elles ou les séparant sur certains points des parois du sac, on trouve des caillots cruoriques récents.

Les résultats obtenus ont été manifestement favorables et la mort est survenue, malgré l'opération entreprise à un moment où la rupture était absolument imminente; les signes constatés du vivant du malade, aussi bien que l'examen de la pièce, ne laissent pas de doute à cet égard. On peut donc conclure que, même dans les cas extrêmes, l'électrolyse peut être appliquée sinon à la cure des anévrysmes, au moins à leur traitement palliatif, et qu'en conséquence, elle *peut* amener la guérison, par formation de caillots solides et adhérents, si elle est employée à temps.

Après cette communication écoutée avec le plus vif intérêt, M. Rodet a cherché à démontrer la supériorité des eaux de Vittel sur celles de Vichy dans le traitement de la *lithiase biliaire;* puis le président, M. le professeur Hergott, a terminé la séance par la *présentation de plusieurs instruments d'obstétricie,* et particulièrement des diverses sondes employées aux lavages utérins, faisant très bien ressortir les avantages et les inconvénients de chacun, ainsi que les indications spéciales qu'ils remplissent.

L'idée de présenter ainsi, lors des assemblées qui réunissent un grand nombre de praticiens dans un centre scientifique, les instruments nouveaux, en en faisant une critique raisonnée, est, à mon sens, très heureuse.

Je souhaite que l'exemple donné par M. Hergott soit suivi par les chirurgiens pour le plus grand profit de ceux qui, ne pouvant ni se procurer tout ce qui paraît, ni apprécier la valeur de chaque instrument, se trouvent souvent fort embarrassés dans le choix à faire, eux qui doivent, avec un arsenal forcément restreint, pouvoir parer à toutes les éventualités.

Recevez, cher rédacteur en chef et ami, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Dr P. Bouloumié.

Sur une réaction de l'albumine.

Dans le no du 22 juin de l'*Union médicale*, M. P. Chéron veut bien citer une réaction de albumine que j'ai fait connaître, il y a deux ou trois ans : « L'addition d'acide nitrique,

©BIU Santé

dit-il, donne quelquefois, d'après M. Bretet, un trouble dans une urine où rien n'apparaît par le premier procédé (emploi combiné de la chaleur, de l'acide acétique et du sulfate de soude). M. Chéron ajoute ensuite : « Après avoir lu attentivement la note de l'auteur, il ne nous paraît pas évident qu'il ne se soit pas laissé abuser par la mucine, qui est précipitée par les acides minéraux dilués. »

L'hypothèse que j'ai eu affaire à de la mucine doit en effet, théoriquement, s'offrir à l'esprit ; mais, dans la circonstance présente, elle tombe devant ce fait que toutes les urines dans lesquelles j'ai fait cette constatation contenaient des tubes du rein.

De plus, en principe, je crois, comme l'enseignait Méhu, que, dans les urines, la présence de la mucine, *en quantité appréciable aux réactifs*, est, dans la plupart des cas, très problématique. Pour moi, j'ai, depuis 15 ans, examiné un nombre assez considérable d'urines et, jamais, à mon souvenir, je n'en ai rencontré se troublant par l'acide acétique ; exception faite, bien entendu, pour les urines contenant de la bile ou un grand nombre de leucocytes. Si je n'ose pas dire, comme Méhu, que le mot *mucus urinaire* est un mot vide de sens, je pense du moins qu'on en fait un bien grand abus et, depuis plusieurs années, j'évite absolument de l'employer.

H. Bretet,
Pharmacien à Vichy.

ACADÉMIES ET SOCIÉTÉS SAVANTES

ACADÉMIE DES SCIENCES.

Séance du 25 juin 1888.

Nouvelles expériences physiologigues sur le rôle du soufre chez les sulfuraires, par M. Louis Olivier. — « L'emploi des anesthésiques m'avait déjà amené à conclure, dans une précédente note, que le soufre intra-cellulaire arrive à former H^2S sans passer par l'état de sulfate. En raison des conséquences que ce fait entraîne pour la physiologie, je me suis appliqué à en perfectionner la démonstration. De sorte que je puis l'établir aujourd'hui par d'autres méthodes :

1° *Par voie de dosage*, en montrant que, dans des matras privés d'oxygène, le soufre du gaz H^2S formé eût exigé un grand volume d'oxygène pour constituer SO^3 ;

2° *Par immersion des sulfuraires dans des dissolutions aqueuses de Ba Cl²* à 10 p. 100, solutions où l'on constate une production abondante de H^2S, bien que la réduction des sulfates y soit impossible ;

3° *Par des expériences en cellules de culture* où la formation de H^2S précède celle de SO^3. Ce dernier acide, provenant de l'oxydation de H^2S, se produit dans les *cellules de cultures*, en présence de l'éther, mais ne se forme pas en présence du chloroforme; $CH\,Cl^3$, formant avec H_2S et H^2O un hydrate défini, enlève, en effet, H^2S à mesure que ce gaz se produit et avant qu'il puisse fournir SO^3 par oxydation.

Ces phénomènes s'observent pendant la vie. Après la mort, au contraire, le soufre intra-cellulaire n'est plus converti en H_2S. Si les filaments qui le contiennent sont exposés, dans un peu d'eau, en grande surface et en petite épaisseur, au contact direct de l'air, ils s'oxydent peu à peu. J'établis nettement le caractère purement chimique de cette combinaison en montrant qu'une semblable oxydation se produit quand on expose à l'air libre un papier Berzélius imprégné de poussière de soufre et imbibé d'eau distillée.

On voit que le mécanisme de la disparition du soufre après la mort diffère de celui que l'on constate dans l'organisme vivant.

J'ai observé que, pendant la vie, la production de H^2S s'accompagne toujours d'un dégagement de CO^2. Ces deux gaz sont produits en volumes égaux. D'où cette hypothèse que la sulfuraire, consommant à la fois S et O, aux dépens des sulfates alcalins, produit, au lieu de CO^2, COS. On sait, en effet, qu'au contact de l'eau, l'oxysulfure de carbone donne volumes égaux de CO^2 et H^2S. Cette hypothèse rendrait compte de la formation des eaux sulfureuses par réduction des sulfates.

©BIU Santé

Quoi qu'il en advienne d'ailleurs, mes expériences établissent la fonction comburante du soufre en physiologie et la substitution, au moins partielle, de ce métalloïde à l'oxygène dans les cellules où il existe à l'état libre. »

Faculté de médecine de Paris.

THÈSES DE DOCTORAT SOUTENUES PENDANT LE MOIS DE JUIN 1888.

Vendredi 1er juin. — M. Dubar : Sarcome ostéoïde. (Président, M. Trélat.) — M. Nodot : Indications opératoires dans les luxations anciennes du coude. (Président, M. Trélat.)

Du 2 au 6. — Pas de thèses.

Jeudi 7. — M. Minovici : Etude médico-légale sur la mort subite à la suite de coups reçus sur l'abdomen et le larynx. (Président, M. Brouardel.) — M. Lemoine : Quelques observations médicales recueillies pendant la guerre au Gabon. (Président, M. Brouardel.) — M. Lepage : Des résultats éloignés de la cure radicale des hernies épigastriques. (Président, M. Duplay.) — M. Cayet : Fistules biliaires hépato-bronchiques. (Président, M. Laboulbène.) — M. Bonfas : Des suites rénales de la fièvre typhoïde. (Président, M. Laboulbène.)

Du 8 au 12. — Pas de thèses.

Mercredi 13. — M. Martin (Noël) : Des accidents réflexes consécutifs aux opérations pratiquées sur l'utérus et l'ovaire. (Président, M. Guyon.) — M. Ballière : Recherches expérimentales sur la mort par hyperthermie et sur l'action combinée du chloral et de la chaleur. (Président, M. Ch. Richet.) — M. Degail : Des hémorrhagies intestinales des tuberculeux. (Président, M. Strauss.) — M. Duval : Etude sur vingt-deux cas de subinvolution utérine. (Président, M. Straus.)

Jeudi 14. — M. Leplat : Cancer pleuro-pulmonaire (au point de vue clinique et anatomo-pathologique. (Président, M. Peter.) — M. Arnaud Léon : Recherches cliniques sur la paralysie générale chez l'homme. (Président, M. Ball.)

Du 15 au 19. — Pas de thèses.

Mercredi 20. — M. Hameau : Traitement des abcès par congestion à l'aide des injections d'éther iodoformé. (Président, M. Verneuil.) — M. Colin : De la nature infectieuse du tétanos (étude historique). (Président, M. Verneuil.) — M. Demoulin : Ostéo-myélite chronique d'emblée. (Président, M. Trélat.)

Jeudi 21. — M. Bertrand : Contribution à l'étude de l'entorse, de son traitement par le massage. (Président, M. Brouardel.) — M. Laurent : Les gynécomastes. (Président, M. Brouardel.) — M. R. O'Conner : Contribution à l'étude de la syphilis tertiaire. — Des syphilides tuberculeuses. (Président, M. Brouardel.) — M. Doat : Des difficultés de l'allaitement. (Président, M. Laboulbène.) — M. Nivière : Perte des réflexes tendineux dans le diabète sucré. (Président, M. Bouchard.)

Vendredi 22. — M. Rosenthal : Du traitement des fractures de la clavicule, bretelles des épaules préconisées par M. le professeur Lannelongue. (Président, M. Lannelongue.) — M. Demetriade : Traitement des plaies par armes à feu de la portion sous-diaphragmatique du tube digestif. (Président, M. Lannelongue.)

Samedi 23. — M. Marguet : Kystes hydatiques des muscles volontaires. (Président, M. Laboulbène.) — M. Chuquet : Etude sur le cathétérisme rétrograde. (Président, M. Duplay.)

Les 24 et 25. — Pas de thèses.

Mercredi 27. — M. Teulière : Des complications mortelles de l'adénopathie trachéo-bronchique. (Président, M. Potain.) — M. Vincent Martin : Ponctions et injections antiseptiques dans les hémarthroses du genou. (Président, M. Lannelongue.)

Jeudi 28. — M. Dauriac : Cancer primitif de la région clitoridienne. (Président, M. Richet.) — M. Rosenthal : Sur les déformations de la cloison du nez et de leurs traitements chirurgicaux. (Président, M. Duplay.)

Vendredi 29. — M. Hamaïde : Contribution à l'étude clinique des anesthésies dépendant de lésions en foyer de l'écorce cérébrale. (Président, M. Potain.) — M. Le Noc : Contribution à l'étude clinique de la forme suffocante de la tuberculose miliaire aiguë. (Président, M. Damaschino.)

©BIU Santé

FORMULAIRE

Traitement de la péritonite tuberculeuse miliaire.

Spillmann et Ganzinotty.

Dans le cas de péritonite tuberculeuse miliaire aiguë, on prescrit le repos absolu et des aliments liquides que l'on remplace par d'autres plus substantiels, additionnés de poudre de viande, dès que les accidents aigus sont enrayés. — Pour lutter contre les phénomènes inflammatoires, on a recours aux sangues au nombre de 10 à 15, *loco dolenti*, aux ventouses sèches, aux pointes de feu, au collodion ou mieux encore à la vessie de glace. Contre la douleur, on emploie les injections hypodermiques de chlorhydrate de morphine. Bucquoy conseille l'association du calomel à l'opium : calomel 0,20 centigr., opium 0,10 centigr., mêlez, à prendre chaque jour en 4 ou 5 doses. — Respecter l'ascite; car si elle venait à disparaître, il y aurait à craindre une poussée de tuberculose aiguë. On ne fait donc la paracentèse qu'en cas de nécessité, s'il se produit de la dyspnée par refoulement considérable du diaphragme. — N. G.

COURRIER

Par décret, en date du 16 juin 1888, il est créé une chaire de clinique ophthalmologique, à l'Ecole de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— M. le docteur Artis, conseiller municipal, est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres, près la bibliothèque de Carentan.

— M. le docteur Josset est nommé adjoint au maire du XVIIIe arrondissement de Paris.

— A la demande du Consistoire israélite de Paris, MM. les docteurs Duplay, Klein, Leven, Périer, Marc Sée et Worms se sont réunis sous la présidence de M. Zadoc Khan, grand-rabbin de Paris, pour étudier les modifications à introduire dans le règlement de la circoncision. A cinq voix contre une, nos confrères ont rejeté le procédé de la succion; ils ont proposé de rétablir le poste d'inspecteur de la péritomie, supprimé l'article limitant le nombre des péritomistes à Paris et précisé les soins de propreté que doit prendre l'opérateur. Enfin, M. Duplay a été chargé de formuler le manuel de l'opération et du pansement. — (*Gazette des hôpitaux*).

— La Société d'ophthalmologie de Paris s'est définitivement constituée le 12 juin dans une seconde réunion préparatoire, tenue à la mairie du IIe arrondissement. Trente-cinq membres se sont fait inscrire. Trente sont membres fondateurs, les cinq autres, auxquels leur qualité d'étranger ne permettait pas d'accorder le titre de fondateur, ont été nommés membres titulaires.

Le bureau de la nouvelle Société est constitué comme il suit : président, M. Chevallereau; vice-président, M. Chauvel; secrétaire général, M. Gorecki; secrétaires annuels, MM. Valude et Despagnet; bibliothécaire archiviste, M. Hubert; trésorier, M. Duboys de la Vigerie.

Concours de chirurgie. — Le concours de chirurgie s'est terminé par la nomination de MM. Michaux et Chaput.

Nécrologie. — Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Dautigny, interne en médecine des hôpitaux de Paris.

VIN DE CHASSAING. (*Pepsine et Diastase*), Dyspepsies, etc., etc.

Fin du Tome XLV (Troisième Série.)

Le Gérant : G. RICHELOT.

©BIU Santé

TABLE DES MATIÈRES DU TOME XLV

(TROISIÈME SÉRIE)

JANVIER, FÉVRIER, MARS, AVRIL, MAI, JUIN 1888.

A

Abcès. — d'un morphinomane simulant des abcès farcineux, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 80. — froids consécutifs à la fièvre paludéenne, Saboïa (Soc. de chir.), 245; discussion, 293. — tuberculeux guéri par l'huile de foie de morue, Bucquoy (Soc. méd. des hôp.), 691. —, v. Anthrax.

Académie de médecine. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus et Bulletins sur l'—, 20, 55, 93, 141, 178, 216, 256, 303, 309, 317, 341, 377, 411, 461, 497, 519, 525, 567, 615, 666, 669, 700, 737, 773, 795, 832, 837, 869, 904, 909, 939, 953, 976.

Académie des sciences. (Les travaux sont indiqués à leur ordre alphabétique.) Comptes rendus des séances de l'—, 63, 104, 157, 192, 227, 271, 352, 385, 426, 473, 510, 592, 628, 675, 715, 744, 785, 845, 919, 951, 992.

Acide. Applications thérapeutiques de l'— borique, Gaucher (Soc. méd. des hôp.), 169; (ibid.), 245, 327. — fluorhydrique, influence de ses vapeurs sur les bacilles tuberculeux, Grancher et Chautard, 885.

Adénopathie. — sus-claviculaire gauche dans le cancer abdominal, Troisier (Soc. méd. des hôp.), 83.

Age. Recherches physiologiques et médico-légales sur l'—, Magitot (Acad. de méd.), 497.

Aiguille. Extraction d'une — tombée dans une bronche de deuxième ordre, Piéniazek, anal. Schlemmer, 544.

Air. Nouvelles recherches sur le poison contenu dans l'— expiré, Brown-Séquard et d'Arsonval (Acad. des sc.), 105. — stérilisé, injections intra-pleurales dans le traitement des épanchements pleuraux, Potain (Acad. de méd.), 666.

Albumine. Les procédés actuels de recherche et de dosage de l'—, Paul Chéron, 933, 957. Sur une réaction de l'—, H. Bretet, 991.

Albuminurie. De l'— et des lésions rénales consécutives aux injections d'albumine, P. Snyers, anal. P. C., 243. —, pathogénie, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 401.

Alcool. Influence dégénératrice de l'— sur la descendance, Mairet et Combemale (Acad. des sc.), 426. —, intoxication chronique, Mairet et Combemale (Acad. des sc.), 474.

Alcoolisme. Injections sous-cutanées d'ammoniaque dans les cas d'— aigu, Glinsky, anal. R., 699. —, rapport sur une lettre de M. Jean Desbournie, Lancereaux (Acad. de méd.), 941.

Alimentation, v. Carbone, Echanges.

Ammoniaque, v. Alcoolisme.

Amputation. De l'— sus-vaginale irrégulière, L.-G. Richelot, 109. — simultanée des quatre derniers métatarsiens, Nimier (Soc. de chir.), 399. — inter-scapulo-thoracique, de Leyde, rapport de Berger (Soc. de chir.), 928.

Amyotrophie. Une observation d'— progressive héréditaire, G. Musso, trad. anal. L. Greffier, 90.

Analgésine, v. Antipyrine.

Anémies. — et pseudo-anémies, leçon clinique de G. Sée, 285.

Anesthésie. Sur l'— prolongée et continue par le mélange de protoxyde d'azote et d'oxygène sous pression, Cl. Martin (Acad. des sc.), 157.

Anévrysme. — de l'artère crurale traité par la méthode de Baccelli, Bucquoy (Soc. méd. des hôp.), 690.

Angine. — pultacée initiale dans la fièvre typhoïde, Cadet de Gassicourt (Soc. médico-prat.), 412. — syphilitique précoce, Du Castel (Soc. méd. des hôp.), 895.

Angio-sclérose, Duroziez, 825, 911, 925.

Aniline, v. Tuberculose.

Anthrarobine. L'— dans les affections de la peau, anal. P. N., 856.

Anthrax. Des abcès profonds et lointains consécutifs à l'anthrax, Verneuil (Acad. des sc.), 63. —, v. Furoncle.

Anthropologie. Précis d'—, Hovelacque et Hervé, anal. Richelot père, 525.

Antifébrine. De l'emploi de l'—, Destrée et Slosse, anal. P. C., 460.

Antipyrine. Note sur l'intoxication par l'—, O. Jennings (Acad. de méd.), discussion, 257, 304. — dans la pratique obstétricale, Ch. Milne, anal. R., 535. — influence sur la teneur du foie en glycogène, Lépine et Porteret (Acad. des sc.), 593. —, Huchard (Soc. médico-prat.), 607. — et analgésine, Bourgoin, discussion (Acad. de méd.), 700, 737. — en oculistique, Grandclément (Acad. de méd.), 739. — dans l'asthme, Dodge, anal. R., 817. — v. Mal de mer.

Antisepsie. L'— locale et l'— intestinale contre

©BIU Santé

la furonculose, Le Gendre, 98. — chirurgicale, conférence à l'Union des femmes de France, L.-G. Richelot, 537. — chirurgicale, Manuel par le docteur Troisfontaines, anal. P. C., 698.
Anus. Modification dans l'appareil instrumental de l'opération de l'— contre nature, nouvelle pince à entérotomie, Verneuil (Soc. de chir.), 134.
Aortite. — guérie par l'iodure de potassium, Rendu (Soc. méd. des hôp.), 787.
Aphonie. — hystérique guérie par la suggestion hypnotique, Bottey (Soc. médico-prat.), 193.
Appareil. Maladies de l'— digestif, Baumel, anal. P. C., 742.
Aprosexie. — d'origine nasale, Guye, anal. Schlemmer, 449.
Arnaudet (L.), v. Furoncle.
Artère. — crurale, v. Anévrysme. — Axillaire, v. Plaie.
Artério-sclérose. Etude anatomo-pathologique de l'— du cœur, A. Weber, anal. 916.
Arthrectomie. Quatre observations d'— du genou, Delorme, discussion (Soc. de chir.), 398, 521. — du genou, Jules Bœckel. (Acad. de méd.), 411.
Arthrotomie. — tibio-tarsienne pour une ostéo-arthrite fongueuse du cou-de-pied, Schwartz (Soc. médico-prat.), 607.
Assainissement méthodique de la prostitution, Diday (Acad. de méd.), 568.
Association. Conférences de l'— française pour l'avancement des sciences, P., 134. — médicale mutuelle du département de la Seine, assemblée générale, 152. — générale des médecins de France, séance annuelle de la Société centrale, 202; séance de la Société locale de Saint-Quentin, 254, 288. — française pour l'avancement des sciences, v. Congrès. — générale des médecins de France, séance annuelle, 550, 573. — des médecins du Haut-Rhin, sa dissolution, 907. — de prévoyance des médecins de Meurthe-et-Moselle et de la Société de médecine de Nancy, 989.
Asthme. L'— épileptique, Poulet (Soc. médico-prat.), 413. — d'été, v. Rhino-bronchite.
Athétose. — consécutive à des convulsions, Comby (Soc. méd. des hôp.), 619. — sans paralysie ni atrophie, Renault (Soc. méd. des hôp.), 689.
Atrophie. Des différentes variétés d'— du nerf optique ataxique, Galezowski (Acad. de méd.), 497.
Aubépine, v. Hémorrhagie.
Autoplastie. Deux observations d'— par la méthode italienne modifiée, Poncet, rapport de Berger (Soc. de chir.), 46; discussion (ibid.), 132.
Avortement. Pathogénie et traitement de l'—, A. Duhrsen, anal. Stapfer, 866.
Axi-pelvimètre du docteur Marius Rey, 635.

B

Bacilles, v. Acide.
Bactériens. Contribution à l'étude des — dans les tumeurs, Nepveu (Acad des sc.), 716.
Bactéries. Passage des — dans l'urine, A. Berlioz, anal. P. L. G., 517.
Bains froids, v. Fièvre.
Bandeau. Le — en ophthalmologie, A. Trousseau, 753.
Barthélemy, v. Syphilis.
Batjentjor. Sur le — et son principe actif, la vernonine, Heckel et Schlagdenhaufen (Acad. des sc.), 807.
Bibliothèque, *passim* dans tous les numéros. — des merveilles, Ed. Charton, anal. G. R., 317.
Blache (R.), v. Roussel.
Blennorrhagie. Note sur le traitement de la —, Gillebert-Dhercourt (Soc. de méd.), 954. —, nouveau traitement, Rademaker, anal. R., 964. —, v. Quinine.
Blépharospasme. Traitement du — tonique par la névrotomie sus-orbitaire, Dehenne, 712.
Blessures. Etude médico-légale sur les — produites par les accidents de chemin de fer, Ch. Vibert, anal P. C., 698. — de l'œil, Grandclément, anal. P. C., 843. —, v. Intention.
Bonnet. — compresseur pour le traitement des céphalées hystériques et épileptiques, Féré. (Soc méd. des hôp.), 824.
Bouchard (Ch.), v. Pathologie.
Bouloumié (P.), v. Santé.
Bretet (H.), v. Albumine.
Bright. Pathogénie des troubles circulatoires dans le mal de —, leçon clinique de Potain, 249, 263.
Bulletins. — L.-H. Petit, 25, 61, 97, 149, 221, 261, 309, 345, 381, 393, 405, 417, 441, 453, 465, 502, 525, 621, 669, 705, 741, 777, 837, 873, 909, 945, 981. — L.-G. R., 501. —, 185.

C

Calcul. — d'un rein non suppuré, etc., Le Dentu (Acad. de méd.), 979.
Cancer. Contagiosité du —, anal. R., 278. — latent de l'estomac, Blachez (Soc. méd. des hôp.), 485.
Carbone. Influence de l'alimentation chez l'homme sur la fixation et l'élimination du —, Ch. Richet et Hanriot (Acad. des sc.), 271.
Castration. — chez la femme, traitement des fibromes utérins, P. Segond (Soc. de chir.), discussion, 798, 819, 856, 890.
Cataracte. Des opérations de la — pratiquées à l'Hôtel-Dieu avec lavage de la chambre antérieure, Panas (Acad. de méd.), 182. — sénile, guérison spontanée, Nicati (Acad. des sc.), 845.
Catgut. Inconvénients du —, Kocher, discussion (Soc. de chir.), 132.
Cathétérisme. Observation de — rétrograde, Tillaux (Soc. de chir.), 294.
Causeries, v. Feuilletons.
Centrage, v. Œil.
Cerveau. Les fonctions motrices du —, E. Dupuy (Acad. des sc.), 592.
Cerveaux. — humains durcis par un procédé spécial, Paulier (Acad. de méd.), 21.

BIU Santé

Chamberlen. Les — et le forceps, Hergott, anal. Stapfer, 864.
Chancre. Siège insolite du — syphilitique, W.-C. Wood, anal. R., 773.
Chemin de fer, v. Blessures.
Chéron (P.), v. Sucre, Phthisie, Naphtaline, Fièvre, Albumine, Saccharine.
Chirurgie. Traité de — de guerre, E. Delorme, anal. P. C., 855.
Chloroforme. Du — et de son administration, P. Boncour, anal. P. C., 591. — et trachéotomie, Castex, rapport de Le Dentu (Soc. de chir.), 858.
Chlorure. Nouveau procédé de réfrigération locale par le — de méthyle, Bailly, rapport de Vidal (Acad. de méd.), 183; Galippe (ibid.), 216; Vidal (ibid.), 257. — d'ammonium, v. Pelvi-péritonite. — de sodium contre le collapsus cardiaque, Rosenbusch, anal. P. C., 928.
Chorée, v. Physostigmine.
Cocaïne. Traitement des vomissements incoercibles par la — à l'intérieur, M. C. Corner, anal. R., 410. — comme moyen de diagnostic dans les maladies de larynx, Baumgarten, anal. Ch. S., 736. —, influence de la température organique sur son action convulsivante, Langlois et Ch. Richet (Acad. des sc.), 881.
Cœur. Ponction du — dans la syncope chloroformique, B.-A. Watson, anal. Ch. S., 806. — v. Artério-sclérose
Coignard, v. Diabète.
Col. Le — et le segment inférieur de l'utérus à la fin de la grossesse, pendant et après le travail de l'accouchement, Varnier, anal. Stapfer, 360.
Colique hépatique. Quelques remarques sur la — et la lithiase biliaire, leçon clinique de Jaccoud, P. D., 357.
Colombe (Dr), de Lisieux, v. Luxation.
Colonie. Une — scolaire, Blayac, rapport de J. Rochard (Acad. de méd.), 616.
Colonne vertébrale, v. Hancher.
Concours. — de l'internat et de l'externat 1888, 146.
Congrès. — français de chirurgie, analyse des travaux, L.-H. P., 406, 417, 441, 453, 466. — de l'Association française pour l'avancement des sciences, à Oran, anal. des travaux, P., 503, 530, 587, 623. — de chirurgie tenu à Naples, 660.
Contagion. La — du meurtre, Aubry, anal. P. C., 544. — v. Scarlatine.
Coqueluche. Traitement de la —, anal. R., 496 — guérison instantanée, Mohn, anal. P. L. G., 819.
Coronarite. — ou artério-sclérose primitive du cœur, Huchard et Weber (Soc. méd. des hôp.), 247.
Corps étrangers. Contribution à l'étude des — des organes génitaux de la femme, H. W. Freund, anal. Ch. S., 341.
Correspondance. — Dr Gellé, 5. — Lavaux, 242. — Dr Surmay, 338. — Dr Luys, 425. — Dr N. Charles, 603. — Dr Marquez, 950.
Coup de soleil électrique. Note sur le —, Defontaine, rapport de Terrier (Soc. de chir.), 8.
Courtade (Ant.), v. Phlegmon, Rage.
Crâne. Faits pour démontrer l'innocuité de l'ouverture du — et les ressources qu'elle offre pour la thérapeutique, J. Lucas-Championnière (Acad. des sc.), 919.
Cristallin. Position du — dans l'œil humain, Tscherning (Acad. des sc.), 629.
Cure. La — radicale des hernies au Congrès français de chirurgie, L.-H. Petit, 417. — des hernies et hydrocèles congénitales, L.-C. Richelot, 633.
Cystotomie. — sus-pubienne dans l'hypertrophie de la prostate, Rohmer, rapport de Berger (Soc. de chir.), 928.

D

Darwinisme. Le — Mathias Duval, anal. G. Richelot père, 185.
Decaye (P.), v. Médicaments.
Dehenne, v. Ectropion, Straphylotomie, Blépharospasme.
Deligny, v. Urticaire.
Deniau (L.), v. Traumas, Respiration.
Désinfection. — des mains, Mugnai, anal. Millot-Carpentier.
Desnos (E.), v. Vessie.
Déviation, v. Hancher.
Dextrocardie. Sur un cas de —, Gruss, anal. G. Schlemmer, 349.
Diabète. —, médicaments, médications, Coignard, 13. — théorie, Ebstein, anal. Schlemmer, 484. — sucré avec altération du pancréas, Lancereaux (Acad. de méd.), 700.
Diagnostic. — bactériologique, dal Pozzo, anal. Schemmer, 545. — des maladies internes par les méthodes bactériologiques, chimiques et microscopiques, Jaksch, trad. Morelé, anal. P. C., 916.
Diarrhée. Traitement de la — verte et de certaines diarrhées chroniques par l'acide lactique, Hayem (Soc. méd. des hôp.), 81. — chronique, traitement par la poudre de talc, Debove (Soc. méd. des hôp.), 894.
Dictionnaire. — encyclopédique des sciences médicales, anal. G. R., 102. — de thérapeutique, de matière médicale, etc., Dujardin-Beaumetz, anal. G. R., 255.
Digestion. Leçons cliniques sur la pathologie de la —, C.-A. Ewald, trad. Dagonet et Schuman-Leclercq, anal. P. C., 448.
Dilatation. De la — bronchique, leçon clinique de Rendu, 161. — utérine, Landau, anal. P. C., 203. — graduelle contre la fissure à l'anus et les hémorrhoïdes, Walter, anal. R., 303. — de l'estomac dans ses rapports avec les affections chirurgicales, Bazy (Acad. des sc.), 785.
Dilatations. — ampullaires des petits vaisseaux de la langue et leur valeur séméiologique, Gillot, 801.
Diphthérie. De l'origine avine de la. —, L.-H. Petit, 233. — grave à marche rapide et insolite, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 787.
Dipsomanie. Observation de — avec délire des persécutions, Périer et Marciguey (Soc. médico-prat.), 763.
Drainage. — capillaire du péritoine après la laparotomie, Pozzi (Soc. de chir.), 367.
Duodénum, v. Ulcères.

©BIU Santé

Durand-Fardel, v. Eaux.
Duroziez, v. Placenta, Angiosclérose.
Dynamographie, v. Locomotion.
Dysentérie, v. Microbe.

E

Eau. De l'— bouillie employée comme agent antiseptique dans la chirurgie abdominale, discussion à la Soc. de chir.), 7, 45. — naphtholée dans l'ozène et les rhinites purulentes, A. Ruault, anal. P. C., 130. — bouillante, action destructive sur le bacille de la fièvre typhoïde, Wilchur, anal. R., 425. — très chaude contre l'épistaxis et contre les bourrelets hémorrhoïdaux, Alvin, rapport d'Empis (Acad. de méd.), 940.
Eaux. Cours sur les — minérales, leçon d'ouverture, Durand-Fardel, 173, 186. — de Paris et de Vienne, et fièvre typhoïde, H. S., 197. — minérales sulfureuses au centre de Paris, Stanislas Meunier (Acad. des sc.), 786.
Echanges. Influence des différentes alimentations sur les — respiratoires, Ch. Richet et Hanriot (Acad. des sc.), 272.
Ecole. Reconstitution de l'— de médecine militaire de Strasbourg, 145.
Ecoles. Nos grandes — militaires et civiles R. Rousselet, anal. R., 339. —, v. Inspection.
Ecouvillonnage. Trois cas d'— de l'utérus, Bailly, anal. Stapfer, 963.
Ectocardie. De l'— et de sa cure par l'autoplastie, Lannelongue (Acad. des sc.), 744.
Ectropion. Traitement de l'—, Dehenne, 315; discussion (Soc. de méd.), 230.
Eczéma. — à récidives opiniâtres, Crocker, anal. R., 131. — impétigineux chez l'enfant, Baumel, anal. P. C., 665.
Elections. — à la Soc. de chir., 47, 689. — à l'Acad. de méd., 141, 179, 216, 377, 411, 462, 498, 520, 700, 737, 795, 832, 979. — à la Soc. de méd., 884.
Electrolyse, v. Poils.
Elimination. — par les urines, dans les maladies infectieuses, de matières solubles, morbifiques et vaccinantes, Bouchard (Acad. des sc.), 881.
Emprisonnement. De l'— cellulaire, G. Lagneau (Acad. de méd.), 979.
Encyclopédie internationale de chirurgie, t. VII, anal. P. C., 843.
Enfance. La seconde —, E. Périer, anal. G. R., 567.
Enfants. Conférences sur les maladies des —, Jules Simon, anal. P. Le Gendre, 340.
Entérotome, v. Anus.
Epilepsie. — réflexe et trépanation, Féré (Soc. méd. des hôp.), 328. — jacksonnienne, E. Rolland, anal. P. C., 448. — symptomatique, traitement par les pointes de feu sur le cuir chevelu, Ch. Féré (Soc. méd. des hôp.), 485. — réflexe, Schlott, anal. Ch. S., 737. — jacksonienne, v. Vésicatoires.
Epistaxis. — prémonitoires de la néphrite interstitielle, Gaucher, discussion (Soc. méd. des hôp.), 967.
Ergot. L'— d'avoine, P. C., 283.
Ergotine. Action de l'— sur l'involution de l'utérus, E. Blanc, anal. Stapfer, 878.
Erysipèle, v. Fièvre.
Erythrophléine. — comme agent anesthésique dans les opérations pratiquées sur l'œil, Panas (Acad. de méd.), 377. —, expériences de Lewin, anal. Schlemmer, 450.
Estomac. Sténose par adhérences des orifices de l'—, Ritter et Hacker, anal. Ch. S., 20. —, ses maladies jugées par un nouveau réactif chimique, la phloroglucine vanilline, G. Sée (Acad. de méd.), 94; discussion (ibid.), 142; note de Faucher (ibid.), 317. —, recherches expérimentales sur la chirurgie de cet organe, A. Ceccherelli, anal. Millot-Carpentier. —, v. Cancer, Ulcères.
Ethers. — cholestériques, v. Lanoline.

F

Facultés. — de médecine de Paris, règlements, nominations, etc., *passim* dans tous les numéros; thèses de doctorat, 194, 354, 427, 679, 858, 993. — de médecine de Lyon, Bordeaux, Lille, etc., règlements, nominations, etc., *passim* dans tous les numéros; thèses de doctorat, 22, 106, 450, 739. — de médecine de Bordeaux, inauguration, 702.
Famille, v. Mariage.
Feuilletons. — Laboulbène, 1, 61. — Simplissime (L.-H. Petit), 149, 221, 261, 309, 381, 465, 573, 621, 705, 741, 777, 801, 909. — G. Richelot père, 185, 345, 357, 525, 669, 981. — J. Cyr, 489, 501.
Fibromes. Sur le traitement des — utérins, L.-G. Richelot, 838. — v. Hystérectomie, Castration.
Fièvre. Traitement de la — typhoïde, clinique de Jaccoud, 137. — typhoïde, traitement par la méthode de Brand, Juhel-Rénoy, discussion (Soc. méd. des hôp.), 170. — typhoïde, angine pultacée initiale, Cadet de Gassicourt (Soc. médico-prat.), 412. — typhoïde et bains froids, Richard (Soc. méd. des hôp.), 486. — typhoïde, affections cardiaques et artérielles consécutives, L.-H. Petit, 609. — typhoïde à Constantinople, Stekoulis, anal. P. C., 665. — de surmenage, V.-M. Rendon, anal. P. C., 724. — et son traitement, Liebermeister, anal. Ch. S., 784. — typhoïde, son traitement à Lyon, P. Chéron, 789. — puerpérale et érysipèle, Doyen (Acad. de méd.), 833; identité des différentes formes, Widal (ibid.), 834; discussion, 834, 869, 904. — typhoïde, v. Eau, Eaux, Oxyhémoglobine. — jaune, v. Microbe.
Filaire. Un cas de — du sang, Lancereaux (Acad. de méd.), 906.
Fistule. Observation de — vésico-utéro-vaginale, Hergott (Acad. de méd.), 795.
Flore. — pittoresque de la France, G. Heuzé, Bouquet de la Grye, etc., anal. G.-R., 291.
Foie, v. Salive.
Force. — neurique rayonnante, v. Magnétisme.
Forceps, v. Chamberlen.
Formulaire, *passim* dans tous les numéros.
Fracture. De la — marginale antérieure de la malléole interne, Le Roy, anal. P. C., 743.

©BIU Santé

Fractures. Traitement des — en général, Verchère, 37, 49. — suivies de lésions nerveuses, Heydenreich (Soc. de chir.), 521.
Friedreich. Un cas de maladie de —, Joffroy (Soc. méd. des hôp.), 329.
Furoncle. Traitement du — et de l'anthrax par les pulvérisations phéniquées, Verneuil, 125; (Acad. de méd.), 93, 143, 178, 179, 217. — et anthrax, note sur leur traitement, Arnaudet, 177.
Furonculose, v. Antisepsie.

G

Ganglions. Anatomie générale des sinus veineux des — lymphatiques, Ranvier (Acad. des sc.), 352.
Gangrène. Deux cas de — sèche à la suite du traumatisme, Girode, 897.
Gastrostomie. Observation de — pour un rétrécissement de l'œsophage, Terrillon, discussion (Soc. de chir.), 760.
Géographie. — médicale du département de l'Ain, Lagneau, 259.
Gillot (d'Autun), v. Dilatations.
Girode (J.), v. Gangrène.
Glande, v. Sous-maxillaire.
Globules. Développement des — rouges du sang, Cuénot (Acad. des sc.), 385.
Globulinurie, v. Albumine.
Glycosuries. — transitoires, v. Sucre.
Goître. Origine bulbaire du — exophthalmique, Ballet (Soc. méd. des hôp.), 330.
Goutte. — aiguë chez un enfant de 15 ans, Gaucher (Soc. méd. des hôp.), 967.
Gouttière à valves mobiles, Nicaise et Aubry, 204.
Grancher et Chautard, v. Acide.
Greffes. — zooplastiques avec la peau de poulet, P. Redard, 301, anal. P. C. 643.
Grossesse, v. Vomissements.
Guide maternel. Le — ou l'hygiène de la première enfance, A. Selle, anal. Stapfer, 881.

H

Hancher. Influence du — gauche et de la station assise droite sur les déviations de la colonne vertébrale, Reynier (Acad. de méd.), 739.
Harvey et la circulation du sang, Laboulbène, 1, 49.
Hématurie, Arthur Gage, anal. R., 743.
Hémiathétose, v. Athétose.
Hémichorée post-hémiplégique, Féréol (Soc. méd. des hôp.), 485.
Hémoglobinurie. Discussion à la Société de chirurgie, pathogénie et traitement, 246, 327, 619, 821.
Hémorrhagie. — utérine, anal. R., 32. — utérine arrêtée par l'aubépine rouge, anal. R., 131. — uréthrale, cause peu commune, Humphreys, anal. R., 340.
Hernie. — des testicules, v. Plaie.
Hernies, v. Cure.
Herpès. Nouveau traitement de l'— tonsurant, Reynolds, Charon et Gevaert, anal. P. C., 123.
Histologie pathologique. Traité d'—, E. Rindfleish, anal. P. L. G., 17.
Hôpitaux. —, règlements, nominations, etc., *passim* dans tous les numéros.
Hydrate d'amylène. Formules pour l'emploi de l'—, Fischer, anal. P. C., 290.
Hydrocèles, v. Cure.
Hygiène, v. Guide maternel.
Hyperchlorhydrie. — et atonie de l'estomac, G. Sée (Acad. de méd.), 701.
Hypnotisme. L'— en Italie, Gemma, anal. Millot-Carpentier, 375.
Hystérectomie. Fibromes utérines, — vaginale, coma urémique, L.-G. Richelot, 273. — vaginale et pinces à demeure devant la Société de médecine de Berlin, G. Schlemmer, 429. — vaginale au Congrès français de chir., L.-H. Petit, 453. — vaginale, Polaillon (Soc. de méd.), 810. — vaginale, de Saboïa (Acad. de méd.), 833.
Hystérie. — traumatique simulant un mal de de Pott, Kirmisson (Soc. de chir.), 460.

I

Iliaque interne. Ligature de l'— pour une tumeur pulsatile de la fesse, Poncet, rapport de Rochard (Acad. de méd.), 20.
Immunité. Sur le mécanisme de l'—, A. Chauveau (Acad. des sc.), 228.
Incontinence d'urine, v. Rhus aromaticus.
Infection. — purulente à forme chronique et à forme éruptive, Desprès (Soc. de chir.), 206. — expérimentale, conséquences tardives, Charrin (Acad. des sc.), 882.
Injections. Des — gazeuses appliquées au traitement de la phthisie pulmonaire, de Lamallerée, 765.
Inoculations. — varioliques, v. Variole. — antirabiques, v. Rage.
Inspection. L'— hygiénique et médicale des écoles, Mangenot, anal. P. D., 31.
Inspectorat. — des eaux minérales, 979.
Intention. Utilité de la réunion par seconde — dans quelques cas spéciaux, P. Morelli, anal. Millot-Carpentier, 917.
Intoxication. L'— iodoformique, Duret, anal. P. C., 535. — par les moules, Dubrisay, discussion (Soc. de méd.), 814. — saturnine, observation, E. Wickham, 969.
Inversion. — utérine, ligature élastique, Leprévost, rapport de Tillaux, discussion (Soc. de chir.), 965.
Iodoforme. Accidents locaux de l'—, Millot-Carpentier, 53. — pour combattre certaines anorexies et dysphagies, Alvin, anal. P. C., 130.
Iodure de potassium, v. Psoriasis.
Isolement. Statistique de la rougeole et de la scarlatine, organisation des services d'—, anal. Richelot père, 77. — des maladies contagieuses, instructions de la section d'hygiène (Acad. de méd.), 141.

J

Jaccoud, v. Fièvre, Pleurésies.

©BIU Santé

K

Kyste. — de la région sacro-coccygienne, Routier, rapport de Delens, discussion (Soc. de chir.), 965.

Kystes. Observations de — de l'ovaire, ovariotomies, Terrier, 41, 335, 771, 947. — hydatiques, accidents d'intoxication par le liquide, Debove (Soc. méd. des hôp.), 401. — à échinocoques, traitement, Baccelli, anal. Ch. S., 736. — hydatiques de la face inférieure du foie, Rohmer, rapport de Berger (Soc. de chir.), 928.

L

Laboulbène, v. Harvey.

Ladrerie. — chez l'homme, Millard (Soc. méd. des hôp.), 893.

Lamallerée (Dr de), v. Injections.

Lancereaux, v. Lithiase.

Langue. La — noire, Schlech, anal. Schlemmer, 510.

Lanoline. Sur la fonction biologique des éthers cholestériques nommés —, O. Liebreich (Acad. des sc.), 673.

Laparotomie, v. Drainage, Plaie.

Larroque (Dr), v. Plaies.

Larynx. Mort rapide à la suite d'une plaie du —, Du Cazal, rapport de Chauvel (Soc. de chir.), 558. —, v. Tubage, Thyrotomie, Cocaïne.

Le Gendre (P.), v. Antisepsie, Purpuras.

Légion d'honneur, 34, 47, 184, 704.

Legrand (Maximin), v. Patente.

Lèpre. Discussion sur la nature, l'origine et le mode de transmission de la —, Le Roy de Méricourt, etc. (Acad. de méd.), 773, 796, 835, 941, 977. —, forme tuberculeuse de ses manifestations oculaires, Poncet, rapport de Panas (Acad. de méd.), 869.

Létiévant-Estlander. L'opération de — au Congrès français de chirurgie, L.-H. Petit, 441.

Lettres. — de Suisse, F. Dumont, 279.

Leucocythémie. Sur les éléments figurés du sang leucocythémique, Mayet (Acad. des sc.), 473.

Lithiase. — rénale, Lancereaux, 849. —, v. Colique.

Lithotritie. Observation de —, Doyen, rapport de Schwartz (Soc. de chir.), 797.

Locomotion. — pathologique de l'homme, application de la photochronographie et de la dynamographie, Demeny et Quénu (Acad. des sc.), 845. — humaine, représentation des attitudes au moyen de figures en relief, Marey (Acad. des sc.), 919.

Luc (Dr), v. Tuberculose.

Luxation. — sans traumatisme des deux épaules, réduction après huit semaines, Le Fort (Soc. de chir.), 132. — sous-coracoïdienne, procédé de Lacour, Ory (Soc. médico-prat.), 193. — traumatique simultanée de deux phalangines de la main droite et d'une phalangine de la main gauche, Colombe, 494.

M

Mackenzie (G. Hunter), v. Thyrotomie.

Magnétisme. Le — animal étudié sous le nom de force neurique rayonnante et circulante, A. Baréty, anal., P. C., 202.

Mains. — en crochets chez les ouvriers verriers, Poncet (Acad. des sc.), 510.

Mal de Bright. Pathologie du —, Gaucher (Soc. méd. des hôp.), 82.

Mal de mer. Pathogénie et traitement du —, Ossian-Bonnet (Acad. de méd.), 56.

Choléra. — des canards, v. Maladie.

Maladie. — kystique, v. Mamelle. — de Friedreich, v. Friedreich. — bactérienne du canard (choléra des canards), Cornil et Toupet (Acad. des sc.), 846.

Maladies. — infectieuses, v. Elimination.

Mamelle. Maladie kystique de la —, discussion à la Soc. de chir., 325, 365.

Mariage. L'évolution du — et de la famille, Ch. Letourneau, anal. Richelot père, 969, 981.

Massage, v. Névrites.

Matière médicale. Manuel de —, Blondel, anal. P. C., 130.

Méco-narcéine, v. Narcéine.

Médecin. — de campagne, v. Pharmacie.

Médicaments. L'action des — à distance, P. Decaye, 1.

Médications. De quelques nouvelles —, P. C., 123, 130, 282, 290, 436, 663.

Méningite cérébro-spinale. Epidémie de —, Diazouris, Ropas et Derbys (Acad. de méd.), 795.

Méry (Jean). Notes biographiques sur —, L.-H. Petit, 25. —, œuvres complètes, L.-H. Petit, anal., 242.

Métrorrhagie. La — à l'époque de la puberté, H. Coe, anal. Ch. S., 591.

Michalski (L.), v. Pharmacie.

Microbe. Le — de la fièvre jaune, P. Gibier (Acad. des sc.). 272. — de la dysenterie épidémique, Chantemesse et Vidal (Acad. de méd.), 617.

Microbes. Fonctions générales des — infectieux, Arloing et Galtier (Acad. des sc.), 750. — contenus dans les eaux du Mont-Dore, Percepied (Acad. de méd.), 795. — pathogènes, physiologie générale, Arloing (Acad. des sc.), 953.

Micro-organismes. Sur les — des salles de la Clinique chirurgicale de Rome, Durante, anal. Millot-Carpentier, 917.

Microscopie. Manuel de — clinique, Bizzozero et Firket, anal. P. L. G., 714.

Microzyma. La théorie du — et le système microbien, A. Béchamp, anal. P. D., 5.

Moelle. Altérations de la — spinale concomitante à des lésions cérébrales, Martinotti et Mercandino, anal. Millot-Carpentier, 518.

Morale. L'évolution de la —, Ch. Letourneau, anal. Richelot père, 345, 357.

Morel-Lavallée (A.), v. Syphilis.

Morphinomane, v. Abcès.

Morphinomanes. Troubles utérins chez les —, Lutaud, anal. Ch. S., 591.

Mouche Tsé-Tsé de l'Afrique tropicale, Laboulbène (Acad. de méd.), 836.

©BIU Santé

N

Naphtaline. La —, Paul Chéron, 717.
Naphtol. Propriétés antiseptiques du —, Maximovitch (Acad. des sc.), 227, 786.
Narcéine. Recherches sur la —, Laborde (Acad. de méd.), 738; discussion (ibid.), 774, 832.
Naregamia alata. Le —, D. Hooper, anal. P. C., 291.
Nécrologie, 11, 23, 36, 60, 107, 108, 148, 184, 196, 232, 260, 344, 356, 368, 380, 440, 464, 476, 500, 512, 524, 536, 548, 560, 572, 596, 632, 668, 692, 764, 800, 824, 836, 884, 896, 908, 956, 968, 980, 994.
Nerf, — radial, v. Plaie.
Névrites. — périphériques, Raymond (Soc. méd. des hôp.), 80. — brachiales, traitement par le massage, Berne (Soc. médico-prat.), 762.
Névrotomie, v. Blepharospasme.
Nickel. Sur la question de la nocuité ou de l'innocuité du —, Riche (Acad. de méd.), 21.
Nouvelles de l'étranger, *passim* dans tous les numéros.
Numération. — des éléments figurés du sang, nouveau perfectionnement, Mayet (Acad. des sc.), 845.

O

Œdème. Identité probable de l'— des nouveau-nés avec la phlegmatia alba dolens, Dumas, anal. Stapfer, 866.
Œil. Sur les défauts de centrage des surfaces réfringentes de l'œil humain. Tcherning (Acad. des sc.), 919.
Œsophage, v. Gastrostomie.
Œuvres complètes de Jean Méry, L.-H. Petit, anal. P. C., 855.
Ollivier (A.), v. Syphilis.
Opération césarienne, Pintaud-Désallées, 733.
Opérations. Des — obstétricales pratiquées sous un courant d'eau et à l'abri du contact de l'air, Kaschkaroff, anal. Stapfer, 868.
Ophthalmie. — scrofuleuse à la suite de la rougeole, Valude (Soc. médico-prat.), 607.
Ostéomyélite. Sur l'— infectieuse aiguë développée chez l'adulte, Berger (Soc. de chir.), discussion, 167, 205.
Otopiésis, v. Surdité.
Ovaire, Ovariotomie, v. Kyste.
Oxyde de carbone. Accidents causés par l'— Gréhant (Acad. des sc.), 192.
Oxyhémoglobine. Des variations de l'activité de réduction de l'— chez l'homme sain et chez l'homme malade, Hénocque (Acad. des sc.), 66. — même sujet, Hénocque et Baudouin (Acad. des sc.), 676.
Ozène. Observation d'— trachéal, Luc (Soc. de méd.), discussion, 388. — v. Eau.

P

Pancréas. Etude clinique sur les tumeurs du —, Segré Remo, anal. Millot-Carpentier.
Patente. La double —, Max. Legrand, 527.
Pathologie et thérapeutique médicales avec une classification nouvelle, De Dominicis, anal. Ch. Schmit. 374.
Pathologie et thérapeutique générales, leçon d'ouverture du cours, Ch. Bouchard, P. L. G., 477.
Pelade. Communication sur la —, Leloir (Acad. de méd.), 977.
Pelvi-péritonite. Le chlorure d'ammonium et les injections hypodermiques de phosphate de soude dans le traitement de la — chronique, J. Chéron, anal. P. C., 283.
Peptonurie, v. Albumine.
Périostite. De la — varioleuse, Barié (Soc. méd. des hôp.), 823.
Peter (Prof'), v. Ponction.
Petit (L.-H.), v. Bulletins, Méry, Diphthérie, Cure radicale, Letiévant-Estlander, Récidive, Hystérectomie, Fièvre.
Pharmacie. Du droit pour le médecin de campagne d'exercer la —, Michalski, 889, 902.
Phénate. Du — de camphre, Cochrane, anal. P. N., 856.
Phlegmatia alba dolens, v. Œdème.
Phlegmon. De l'opération du — de la main, Courtade, 407, 421.
Phloroglucine vanilline, v. Estomac.
Phosphate de soude, v. Pelvi-péritonite.
Phosphore. Traitement du rachitisme par le —, Comby (Soc. méd. des hôp.), 401.
Photochronographie, v. Locomotion.
Phthisie. Les nouveaux traitements de la —, Paul Chéron, 489, 513, 561. —, v. Injections.
Physostigmine. Traitement de la chorée par la —, Riess, anal. P. C., 290.
Pintaud-Désallées, v. Opération césarienne.
Placenta. —, granulations crétacées, angiosclérose, etc., Duroziez, 369, 394; discussion, (Soc. de méd.), 230.
Plaie. — du nerf radial, résection et suture, rapport de Pozzi (Soc. de chir.), 293. — pénétrante de l'abdomen, laparotomie, Berger (Soc. de chir.), discussion, 558, 605, 632, 687, 725. — contuse du scrotum, hernie des deux testicules, Oriol, rapport de Kirmisson (Soc. de chir.), discussion, 726. — de la paume de la main, Bousquet (Soc. de chir.), 727. — de l'artère axillaire, Nélaton, discussion (Soc. de chir.), 761.
Plaies. — de l'intestin, sutures simples, guérison, Larroque, 27. — du crâne et du cerveau, Schwartz (Soc. médico-prat.), 194.
Plâtrage. Rapport sur le — des vins, Marty (Acad. de méd.), 906, 976.
Pleurésie. Observation de — purulente chez l'enfant, Cadet de Gassicourt (Soc. médico-prat.), 763. —, v. Ponction.
Pleurésies. Des — phthisiogènes, leçon clinique de Jaccoud, 321.
Pneumo-entérite. Propriétés biologiques et atténuation du virus de la — du porc, Cornil et Chantemesse (Acad. des sc.), 353.
Pneumonie. — contagieuse des porcs dans le Midi, Fouque (Acad. des sc.), 385.
Poils. Destruction des — par l'électrolyse, Brocq (Soc. méd. des hôp.), 618.
Poison, v. Air.
Ponction. De la — dans la pleurésie récidivante, Peter, 861. —, v. Cœur.

©BIU Santé

Population. Le mouvement de la — en Allemagne, Ch. Grad (Acad. des sc.), 808.
Potain, v. Bright.
Prisons. Rapport sur les immeubles départementaux affectés aux — de la Seine, Léon Colin, anal. P. D. 44.
Projectiles. Effets des nouveaux — de petit calibre, Meynier (Soc. de chir.), 725.
Prostate. Les tumeurs malignes de la —, Engelbach, anal. P. L. G., 816.
Prostitution. La — devant l'Académie de médecine de Belgique, O. Commenge, anal. G. Humbert, 270. —, v. Assainissement.
Pseudo-anémiques. Des —, G. Sée, 645, 707, 779, 813, 874, 921. —, v. Anémies.
Pseudo-tuberculose bacillaire, Charrin et Roger (Acad. des sc.), 473; Dor (ibid.), 593.
Psoriasis. Traitement du — par l'iodure de potassium à hautes doses, Haslung, anal. 456.
Purpuras. Les — infectieux primitifs, P. Le Gendre, 681.
Pustule maligne. Un traitement de la —. anal. R., 772.
Pyridine. — excitant cardiaque, de Renzi, anal. R., 844.

Q

Quinine. Emploi de la — dans la blennorrhagie, Silva, anal. R., 699.

R

Rachitisme, v. Phosphore.
Rage. Conférence médico-légale sur un cas de —, Brouardel, anal. Ch. Schmit, 431. —, rapport annuel au préfet de police et résultats des inoculations antirabiques dans le département de la Seine, Dujardin-Beaumetz (Acad. de méd.), 462. —, expériences pour préserver les animaux herbivores, Galtier (Acad. des sc.), 628. — paralytique, observation, A. Courtade, 722.
Rate. Engorgement paludéen de la —, injections d'ergotine, anal. R., 131.
Récidive. — des néoplasmes opérés, Congrès français de chir., L.-H. Petit, 433.
Redard (P.), v. Greffes.
Rein. Des tumeurs malignes du —, Guillet, anal. P. L. G., 816. —, v. Calcul.
Reins, v. Urologie.
Religions. Les — actuelles, J. Vinson, anal. Richelot père, 669.
Rendu, v. Dilatation.
Respiration. Expériences comparatives sur la — élémentaire du sang et des tissus, Gréhant et Quinquaud (Acad. des sc.), 807. — sur un point nouveau de sa physiologie, L. Deniau, 962.
Rétractions musculaires. Intervention chirurgicale dans certaines — consécutives à des contractures spasmodiques, Terrillon (Soc. de chir,), 522.
Rhino-bronchite. De la — annuelle ou asthme d'été, Leflaive, anal. P. C., 665.
Rhumatisme. Etude sur le — blennorrhagique, A.-C. Bornemann, anal. Ch. S., 592.
Rhus aromaticus. Traitement de l'incontinence d'urine par le —, Max, anal. P. L. G., 725.
Ribemont-Dessaignes. A propos de la manœuvre de —, Pinard, anal. Stapfer, 868.
Richelot (L.-G.), v. Amputation, Hystérectomie, Antisepsie, Cure, Fibromes.
Rougeole, v. Isolement.
Roussel. Quelques résultats de l'application de la loi — dans le département de la Seine, R. Blache, 73.

S

Saccharine. —, de quelques nouveaux excipients, P. Chéron, 983. —, v. Sucre.
Salive. Examen de la — comme pierre de touche dans les désordres fonctionnels du foie, S. Fenwick, anal. R. 715.
Salon de 1888, D. Norech, 825, 861, 933, 958.
Salpyngite. Double — suppurée, Lucas-Championnière (Soc. de chir.), 134.
Salpyngo-ovarite. Trois nouveaux cas de —, Terrillon (Acad. de méd.), 617.
Sang. — leucocythémique, v. Leucocythémie.
Santé. De l'organisation de l'administration de la — publique en France, rapport de Chamberland, 165. — militaire (service de), son recrutement et son organisation, P. Bouloumé, 213, 224, 444, 648.
Sarcome. — du bras, Boiteux, rapport de Le Dentu (Soc. de chir.), 858.
Scarlatine. Contagion de la —, Edigton et Thin, anal. Ch. S., 18. —, v. Isolement.
Schlemmer (G.), v. Hystérectomie.
Sécrétion. Action des médicaments sur la — biliaire, Prévost et Binet (Acad. des sc.), 951.
Sée (G.), v. Anémies, Pseudo-anémiques.
Service. De la transformation d'un — de varioleux en service chirurgical, J. Championnière (Soc. de méd. publique et d'hygiène professionnelle), anal. H. S., 554. — de santé, v. Santé.
Sociétés. — de chirurgie, 6, 45, 77 (séance annuelle), 131, 166, 204, 244, 293, 325, 365, 398, 485, 521, 558, 604, 652, 687, 725, 760, 797, 819, 856, 890, 928, 964. — médicale des hôpitaux, 80, 169, 245, 327, 401, 485, 618, 787, 821, 893, 967. — de méd. de Paris, 67, 158, 230, 236 (Compte rendu des travaux), 318, 387, 474, 594, 678, 751, 810, 883, 954. — médico-pratique, 193, 412, 607, 762, 931. — protectrice de l'enfance, séance annuelle, 302. — de méd. et de chir. de La Rochelle, ses travaux, P. C., 547. — italienne de chirurgie, Congrès, 660. — locale du Haut-Rhin, 907.
Soja. Le — et le pain de soja, Lecerf (Acad. de méd.), 832.
Soufre. Nouvelles expériences physiologiques sur le rôle du — chez les sulfuraires, Louis Ollivier (Acad. des sc.), 992.
Sous-maxillaire. Du cancer de la glande —, Jouliard, anal. P. L. G., 817.
Spartéine. Action thérapeutique du sulfate de —, Clarke, anal. R., 496.
Spasmes. — musculaires consécutives aux lésions articulaires rhumatismales chroniques, Ballet (Soc. méd. des hôp.), 894.

©BIU Santé

Spéculum. Nouveau — à valves amovibles de Ch. Dubois (Acad. de méd.), 33.
Sphincter. — du trou ovale, Duroziez (Acad. des sc.), 593.
Staphylotomie. Sur la — antérieure, Dehenne, 458; discussion (Soc. de méd.), 230.
Station, v. Hancher.
Stérilité, F.-A. Kehrer, anal. R., 699.
Strychnine. De la — comme stimulant du cœur, Habershon, anal. R., 844.
Stypage. Le —, P. C., 333.
Sublimé. La valeur antiseptique des pansements au — P. C., 282.
Sucre. Quelques nouveaux réactifs du — urinaire, emploi de la liqueur de Fehling, glycosuries transitoires, P. Chéron, 85. — de houille (saccharine), Worms (Acad. de méd.), 569.
Suette. La — miliaire du Poitou, anal. P. D., 44.
Suggestion, v. Aphonie.
Sulfuraires, v. Soufre.
Superfétation. Un cas de —, Godfrey, anal. R., 54.
Surdité. — pour les harmoniques de la parole dans l'otopiésis, Boucheron (Acad. des sc.), 511. — otopiésique, opération, Boucheron (Acad. des sc.), 677.
Suture. De la — primo-secondaire des plaies, Rohmer, rapport de Berger (Soc. de chir.), 929, 964.
Syncope, v. Cœur.
Syphylis. Le traitement de la — par la méthode hypodermique, E. de Smet, anal. P. C., 123. —, projet sur la prophylaxie publique, rapport de Fournier (Acad. de méd.), 180; discussion, 217, 305, 342, 378, 411, 463, 498, 520. — tertiaire des enfants et des adolescents, leçon clinique de Verneuil, 297. — héréditaire tardive, A. Ollivier, 597. — héréditaire tardive, A. Morel-Lavallée, 693. — prophylaxie publique à l'Académie de médecine, rapport de Fournier, discussion par Barthélemy, 730, 755, 767. —, deux cas survenus chez des hystériques, Larroque (Soc. de méd.), 751.

T

Taille. Contribution à l'étude de la — hypogastrique, F. P. Guiard, anal. P. C., 591.
Talc, v. Diarrhée.
Technique microscopique. Manuel de —, P. Latteux, anal. P. L. G., 18.
Terrier (F), v. Kyste.
Tétanos. Du — spontané, Verneuil (Ac. des sc.), 104. —, importance étiologique des bacilles, Beumer, anal. Ch. S., 272. — traumatique, transmissibilité de l'homme à l'homme, Berger (Acad. de méd.), 940.
Thèses. — de doctorat, v. Facultés.
Thymol. Emploi du — à l'intérieur, Henry, anal. P. C., 928.
Thyrotomie. — pour végétations du larynx, G. Hunter Mackenzie, 311.
Trachée. Obstruction de la — après la trachéotomie, Delassus, anal. P. L. G., 819.
Trachéotomie. Manuel de —, P. Renaut, anal. P. Le Gendre, 324. —, v. Chloroforme.
Traumas. Note pour servir à l'histoire des — du cœur, L. Deniau, 372.
Trépanation. Communication sur la —, J. Lucas-Championnière (Soc. de chir.), 966. —, v. Epilepsie, crâne.
Trousseau (A.), v. Bandeau.
Tubage. Le — du larynx. anal. Ch. S., 103. — du larynx dans le croup, d'Heilly (Soc. méd. des hôp.), 689.
Tuberculose. Observation de — laryngée guérie par l'acide lactique et l'iodoforme, Luc, 252. — traitement par l'aniline, P. Bertalero, anal. Millot-Carpentier, 376. — inoculée à l'homme, Eiselsberg, anal. Ch. S., 759. — v. Pseudo-tuberculose, phthisie.
Tumeurs, v. Bactériens.
Typhlite. De la — stercorale chez les jeunes sujets, J. Besnier, anal. P. L. G., 818.
Typhus. — pétéchial dans le cercle de Marienwerder, anal. Ch. S., 59.

U

Ulcérations. Sur les — tuberculeuses de la peau, Vallas, anal. P. C., 759.
Ulcères. Origine infectieuse de certaines — simples de l'estomac ou du duodénum, Maurice Letulle (Acad. des sc.), 953.
Urine. Sur la composition moyenne de l'— normale, Yvon et Berlioz (Acad. de méd.), 953. —, v. Bactéries.
Urines. Manuel clinique de l'analyse des —, P. Yon, anal. P. Le Gendre, 495. — chyleuses, v. Filaire. —, v. Elimination.
Urologie. — clinique et maladies des reins, Labadie-Lagrave, anal. P. C., 347.
Urticaire. Observation d'— pigmentée, Deligny, 637.
Utérus. Recherches bactériologiques sur l'— après la parturition physiologique, Straus et Sanchez-Toledo (Acad. des sc.), 629. —, v. Col, Ecouvillonnage, Hystérectomie, Ergotine.

V

Vaccinations. Les premières — dans l'île de Zezo et les principaux vaccinateurs au Japon, anal. Ch. S., 58. — avec la lymphe animale, accidents survenus en Allemagne, Ch. Schmit, 671.
Varices. Des — des nerfs chez les vieux variqueux, Quénu (Soc. de chir.), 244, 293.
Variole. Epidémies de — entretenues par les inoculations varioliques, Longo, rapport de Hervieux (Acad. de méd.), 20; (ibid.), 55.
Vergetures. — de la peau après la fièvre typhoïde, Troisier, discussion (Soc. méd. des hôp.), 968.
Verchère (F.), v. Fractures.
Verneuil, v. Furoncle, Tétanos, Syphilis.
Vernonine, v. Batjentjor.
Vésicatoires. Les — dans l'épilepsie jacksonienne, Crozes, anal. P. C., 744.
Vessie. Sur quelques accidents consécutifs à des lavages de la — sans sonde, Desnos, 209; discussion (Soc. de méd.), 68.
Vins, v. Plâtrage.

©BIU Santé

Virulence. De la — rabique dans les cadavres enfouis, Galtier (Acad. des sc.), 227.
Volvulus. Sur un cas de —, Ovion, rapport de P. Berger (Soc. de chir.), 45.
Vomissements. — incoercibles de la grossesse, Chazan, anal. R., 32.

W

Wickham (Edmond), v. Intoxication.

Y

Yeux. Traité des maladies des — 3e édit., Galezowski, anal. Schmit, 508.

Z

Zymase. — de l'air expiré par l'homme sain, Béchamp (Acad. des sc.), 192.

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